



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para Miembros de CHIP
de UnitedHealthcare Community Plan

Servicios para Miembros

1-888-887-9003, TDD/TTY: 7-1-1, para personas sordas y con dificultades auditivas

United
Healthcare
Community Plan



Servicios para Miembros

1-888-887-9003 TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con dificultades auditivas

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes

[UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan)

Qué debe hacer en caso de una emergencia

Si cree que necesita atención de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase al hospital o centro de emergencias más cercano. Puede llamar al **9-1-1** para obtener ayuda para llegar a la sala de emergencias del hospital. Si recibe servicios de emergencia, llame a su médico para programar una visita de seguimiento lo antes posible. Llámenos e infórmenos sobre la atención de emergencia que recibió. Una emergencia es una situación en la que usted cree que tiene una afección médica grave o que correrá riesgo su vida, su integridad física o su vista si no recibe atención médica de inmediato.

Qué hacer ante una emergencia de salud conductual

Debe llamar al **9-1-1** si tiene una emergencia de salud conductual que pone en riesgo su vida. También puede ir a un centro para casos de crisis o a la sala de emergencias más cercana. Deberá llamar a Optum Behavioral Health al **1-888-887-9003** lo antes posible.

En caso de una emergencia, llame al 9-1-1

Si cree que no es una emergencia, pero necesita ayuda, llame a NurseLine al 1-800-850-1267.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su plan de salud. Nuestro número gratuito de Servicios para Miembros es el **1-888-887-9003**; TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con dificultades auditivas. Cuando llame, habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés.

Este Manual para Miembros está disponible en audio, braille, letra grande y en otros idiomas si lo solicita. Llame al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

© 2023 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

1 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan) o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

[Índice](#)

Números de teléfono gratuitos

Servicios para Miembros (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.) **1-888-887-9003**
excepto los días festivos aprobados por el estado (consulte la página 6)

TDD/TTY (para personas sordas y con dificultades auditivas) **7-1-1**

- Fuera del horario regular, comuníquese con la línea NurseLine
- Información en inglés y español
- Se encuentran disponibles servicios de intérprete
- Cómo acceder a los servicios cubiertos

Servicios de salud conductual y por abuso de sustancias

Optum Behavioral Health **1-888-887-9003**

- Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
- Se encuentran disponibles servicios de intérprete
- Autorizaciones, referidos y verificación de beneficios
- Información en inglés y español

NurseLine en todo momento

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana **1-800-850-1267**

- Se habla español
- Se encuentran disponibles servicios de intérprete

En caso de crisis o si tiene problemas con la línea telefónica, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Atención dental

DentaQuest **1-800-508-6775**

MCNA Dental **1-855-691-6262**

UnitedHealthcare Dental **1-877-901-7321**

Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas **1-800-964-2777**

Para citas de atención oftalmológica, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas **1-877-541-7905**

Beneficios de farmacia **1-888-887-9003**

Equipo del Defensor del Pueblo del Estado para la Atención Administrada **1-866-566-8989**

Aspectos destacados del plan de salud

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como plan de salud para usted o su hijo. UnitedHealthcare Community Plan, nombre comercial de United Healthcare Insurance Company, una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), se compromete a ayudarlo a obtener la atención de la salud que usted o su hijo necesiten.

En UnitedHealthcare Community Plan, nuestro objetivo es ayudar a todos nuestros miembros a llevar una vida más saludable. Usted o su hijo tendrán su propio médico, llamado Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP), quien conocerá el historial médico y se esforzará por ayudarlo a mantenerse sano. El PCP de usted o su hijo sabe que administrar la atención de la salud es importante. Los exámenes regulares que el PCP les realicen a usted o a su hijo pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana. El PCP desea brindar ayuda antes de que los problemas se agraven y les dará un referido para consultar a especialistas cuando usted o su hijo lo necesiten. UnitedHealthcare Community Plan dispone de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica con los que puede contar. Muchos de ellos se encuentran cerca de su hogar. Contribuiremos a que usted o su hijo se mantengan saludables y reciban una atención de la salud adecuada cuando no estén bien. UnitedHealthcare Community Plan trabajará arduamente para garantizar que obtenga acceso a la atención que su hijo necesita.

Guía para una buena salud

Lea este Manual para Miembros. Aquí encontrará información sobre los beneficios de usted o su hijo y ayuda para usar su plan de salud de forma correcta. Si usted considera que necesita este manual en braille, letra grande, otro idioma o en audio, llámenos al **1-888-887-9003**. El Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan siempre está listo para ayudarlo.

Observe la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Queremos que usar el plan de salud de usted o de su hijo le resulte fácil. Podemos responder a cualquier pregunta que tenga sobre cómo empezar. Si tiene preguntas, llámenos. El número de llamada gratuita del Servicios para Miembros es **1-888-887-9003**. Estamos aquí para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La cobertura fuera del horario regular y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

Nota: Se aplican referencias a “usted”, “mi” o “yo” si usted es miembro de CHIP. Se aplican referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro de CHIP. Los números de teléfono que se enumeran en este manual son de llamada gratuita.

Qué esperar de UnitedHealthcare Community Plan a continuación

Nos comunicaremos con usted poco después de que se inscriba en UnitedHealthcare Community Plan para darle la bienvenida y responder cualquier pregunta que pueda tener. Si aún no recibió nuestra llamada o si tiene preguntas ahora, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003**, TDD/TTY **7-1-1**.

¿Cuándo comienza mi cobertura?

La fecha de entrada en vigencia de la cobertura está impresa en el frente de la tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Deseo cambiar de plan de salud

Para cambiar de plan de salud, puede llamar a la Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas al **1-800-964-2777**.

Cambie de PCP en cualquier momento

Es importante que tenga un PCP que le agrade y en quien confíe. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para ello, solo tiene que llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con dificultades auditivas. Si lo desea, podemos recomendarle a alguien.

Aspectos destacados del plan de salud

Información del plan de salud al alcance de su mano

Hacemos que obtener la información que desea y necesita sea fácil para usted.

Regístrese en myuhc.com/CommunityPlan. Este es su sitio web seguro para miembros. Consulte los beneficios cubiertos, busque proveedores, vea el manual para miembros y más.

Descargue la aplicación móvil de UnitedHealthcare® en App Store o Google Play. Ofrece muchas de las mismas características del sitio web seguro para miembros, y puede usar el mismo nombre de usuario y contraseña. Es muy útil cuando se encuentra fuera de su hogar. Está diseñada para personas que se encuentran fuera del hogar e incluye muchas de las mismas características que el sitio web para miembros. Encuéntrela en la App Store o Google Play.

Síguenos en Facebook, en facebook.com/UnitedHealthcareCommunityPlan. Manténgase al tanto de las noticias sobre eventos locales y planes de salud.

Sus proveedores de salud

Nombre de mi proveedor de atención primaria: _____

Número de teléfono de mi proveedor de atención primaria: _____

Nombre de otro médico: _____

Número de teléfono del otro médico: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Servicios de idiomas e intérpretes

UnitedHealthcare Community Plan cuenta con personal que habla inglés y español. Si habla otro idioma, es sordo o tiene problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o al TDD/TTY: **7-1-1** en el caso de las personas sordas y con dificultades auditivas.

5 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCommunityPlan.com o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Ubicación de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina del área de prestación de servicios regionales
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

Teléfono: **1-888-887-9003** (número gratuito)
o visite nuestro sitio web en: [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com)

¿Qué es Servicios para miembros?

UnitedHealthcare Community Plan dispone de un Servicios para Miembros que puede responder preguntas y brindarle información en inglés y en español sobre lo siguiente:

- Membresía
- Cómo elegir un PCP
- Especialistas, hospitales y otros proveedores
- Servicios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Cómo cambiar de PCP
- Cómo presentar una queja
- Conseguir un intérprete
- Cualquier otro aspecto sobre el cual podría tener una pregunta

Servicios para Miembros

1-888-887-9003 (TDD/TTY: 7-1-1)

Nuestra oficina está cerrada en estos feriados importantes:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos (Memorial Day)
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Navidad

Índice

Aspectos destacados del plan de salud	3
Guía para una buena salud	3
Qué esperar de UnitedHealthcare Community Plan a continuación	4
Sus proveedores de salud	5
Servicios de idiomas e intérpretes	5
Ubicación de nuestras oficinas	6
¿Qué es Servicios para miembros?	6
Tarjetas de identificación (ID) de miembros	12
Cómo usar la tarjeta de identificación de usted o de su hijo	13
Cómo reemplazar la tarjeta de usted o de su hijo si se pierde	13
Visitas al médico	14
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	14
¿Cómo elijo un PCP?	15
¿Qué necesito llevar a la cita con mi médico o el médico de mi hijo?	15
¿Puede una clínica ser mi PCP o el PCP de mi hijo?	15
¿Cómo puedo cambiar mi PCP o el PCP de mi hijo?	16
¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el PCP de mi hijo?	16
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de PCP?	16
Motivos por los que debería cambiar su PCP o el PCP de su hijo:	16
¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de Proveedor de Atención Primaria?	16
¿Puede un PCP pedirme que busque otro PCP para mí o mi hijo por incumplimiento?	16
¿Qué sucede si voy a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria o el Proveedor de Atención Primaria de mi hijo?	17
¿Cómo recibo atención fuera del horario regular? ¿Qué sucede si el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo están cerrados?	17
¿Qué sucede si mi médico abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan?	17
Planes de incentivos para médicos	18
7 ¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com o llame a Servicios para Miembros al 1-888-887-9003 , TDD/TTY: 7-1-1 .	

¿Cómo programo una cita?	18
¿Qué debo llevar a mi cita?	18
¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado?	18
Cambio de planes de salud	19
¿Qué sucede si deseo cambiar de plan de salud?	19
¿Con quién debo comunicarme?	19
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?	19
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud?	19
¿Puede UnitedHealthcare Community Plan pedir que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?	20
Inscripción simultánea para ciertos recién nacidos	20
Beneficios y servicios	21
Beneficios para miembros de CHIP	21
¿Cuáles son los beneficios de CHIP para mí o mi hijo?	21
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?	36
¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?	36
¿Cuánto debo pagar por los servicios de salud?	36
¿Qué son los copagos?	37
¿Cuánto cuestan y cuándo tengo que pagarlos?	37
¿Qué sucede si recibo una factura del médico de mi hijo? ¿Qué información necesitarán? ¿Con quién debo comunicarme?	40
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?	40
¿Qué servicios no están cubiertos?	41
Suministros cubiertos y excluidos de CHIP	43
¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de UnitedHealthcare Community Plan? ..	51
¿Cómo puedo obtener estos beneficios? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo?	53
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?	54
Clases de educación sobre la salud y otros recursos para miembros de CHIP	54
Intervención para la niñez temprana (ECI)	54
Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC)	56
Atención de la salud y otros servicios para miembros de CHIP	57

¿Qué significa “médicamente necesario”?	57
¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?	58
¿Qué es la atención médica de urgencia y cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?	58
¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud conductual de emergencia?	58
¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?	59
¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo en una emergencia?	59
¿Los servicios de emergencia dental están cubiertos?	60
¿Qué hago si necesito o mi hijo necesita atención dental de emergencia?	60
¿Qué es la atención posterior a la estabilización?	60
¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado?	60
¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	
¿Qué sucede si mi hijo se enferma cuando está fuera de la ciudad o de viaje?	
¿Qué sucede si estoy fuera del estado?	61
¿Qué sucede si estoy, o mi hijo está, fuera del país?	61
¿Qué sucede si necesito, o mi hijo necesita, ver a un médico especializado (especialista)?	61
¿Qué es un referido?	61
¿Qué servicios no necesitan un referido?	62
¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?	62
Autorización previa	62
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	63
¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo, o mi hijo tiene, problemas de salud conductual (mental) o problemas con el alcohol o las drogas? ¿Necesito un referido para esto?	63
¿A quién llamo si tengo, o mi hijo tiene, necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me brinde asistencia?	64
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos con receta para mí o mi hijo?	
¿Cómo obtengo mis medicamentos o los medicamentos de mi hijo?	64
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	64
¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red?	64
¿Qué debo llevar a la farmacia?	64
¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los medicamentos de mi hijo?	65

¿Qué sucede si necesito, o mi hijo necesita, un medicamento de venta libre?	65
¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos con receta o los de mi hijo?	65
¿Qué sucede si no me aprueban el medicamento que mi médico o el médico de mi hijo indicaron?	65
¿Qué sucede si pierdo mi medicamento o el medicamento de mi hijo?	65
¿Qué sucede si necesito, o mi hija necesita, píldoras anticonceptivas?	65
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica? ¿Cómo puedo obtener servicios de atención oftalmológica para mi hijo?	66
¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?	66
¿Puede alguien brindarme servicios de interpretación cuando hablo con mi médico o el médico de mi hijo? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?	67
¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?	67
Planificación familiar	68
¿Qué sucede si necesito, o mi hija necesita, atención de un obstetra o ginecólogo?	68
¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo?	68
¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?	68
Si no elijo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	68
¿Necesitaré un referido para obtener los servicios de un obstetra o ginecólogo?	68
¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hija después de contactar a un obstetra o ginecólogo para una cita?	69
¿Puedo conservar o puede mi hija conservar un obstetra o ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?	69
¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿Qué sucede si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar?	69
¿Qué debo hacer si me mudo?	69
Otros detalles del plan	70
Derechos y responsabilidades de los miembros de CHIP	70
Derechos de los miembros	70
Responsabilidades de los miembros	72
Pérdida de elegibilidad	73
Autoridades locales de salud mental	73
Centro de Atención Médica con Certificación Federal	73

Programa de Mujeres Saludables de Texas	74
Quejas y apelaciones	75
¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme?	75
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?	75
¿Cuánto tiempo tardará procesar mi queja?	75
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	75
¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de apelaciones de quejas?	76
¿Qué es una revisión especializada?	76
¿A qué dirección postal puedo enviar una queja?	76
¿Qué puedo hacer si el médico de mi hijo solicita un servicio para este que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita?	77
¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron?	77
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	77
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?	77
¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?	77
No se permiten las represalias	78
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una apelación?	78
¿Qué es una apelación acelerada?	78
¿Cómo solicito una apelación acelerada?	78
¿Tengo que presentar mi solicitud de apelación acelerada por escrito?	78
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?	78
¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de apelación acelerada?	79
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación o una apelación acelerada?	79
¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)?	79
¿Cómo solicito una IRO?	79
¿Cuáles son los plazos para este proceso?	79
Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información	80
¿Desea denunciar un malgasto, abuso o fraude en el programa CHIP?	81
Glosario de terminología de atención administrada	84
Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad	87

Tarjetas de identificación (ID) de miembros

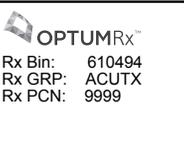
Cada persona que se convierte en miembro de UnitedHealthcare Community Plan recibe una tarjeta de identificación. La tarjeta de identificación les brinda al médico y al personal del consultorio información importante sobre usted o su hijo. Usted o su hijo obtendrá una nueva tarjeta de identificación si cambia de médico de atención primaria (PCP) o alcanza los límites de copago familiar.

Verifique su tarjeta o la tarjeta de su hijo para asegurarse de que la información sea correcta. Si recibe una tarjeta de identificación que no tiene el nombre del PCP, pero dice que llame al **1-888-887-9003**, llame a Servicios para Miembros para elegir un PCP. Entregue al médico su tarjeta de identificación o la de su hijo para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios ni de cobertura.

Cómo leer su tarjeta de identificación o la tarjeta de identificación de su hijo de UnitedHealthcare Community Plan

La tarjeta de identificación de su hijo dirá CHIP y tendrá el logotipo de UnitedHealthcare Community Plan. Esto le informará al proveedor de atención médica que su hijo es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. En la tarjeta, figurará su nombre, su número de identificación y la fecha en que se inscribió en el programa UnitedHealthcare Community Plan. También figurará su número de grupo.

Tarjeta de identificación de CHIP

  	
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04	
Member ID/ID del Miembro: 999994163 Group/grupo: TXCHIP	
Member/Miembro: NEW A ENGLISH	Payer ID/ID del Pagador: 87726
PCP Name/Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL	
PCP Phone/Teléfono del PCP: (281)357-5678	
Effective Date/ Fecha de vigencia 02/01/2011	
Office/Preventive/ER/Inpatient/RxGen/RxBrand \$3/\$0/\$3/\$15/\$0/\$3	
0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC	

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17	
After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.	
For Members/Para Miembros:	888-887-9003 TTY 711
Mental Health/Salud Mental:	888-887-9003
NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras:	800-850-1267
For Providers:	www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims:	PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270
Pharmacy Claims:	OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists:	877-305-8952

Cómo usar la tarjeta de identificación de usted o de su hijo

Entregue al médico su tarjeta de identificación o la de su hijo para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios ni de cobertura.

La tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan de usted o de su hijo está en inglés y español, y contiene la siguiente información:

- Nombre del miembro
- Número de identificación del miembro
- Nombre y número de teléfono del médico
- Número gratuito de Servicio para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan (**1-888-887-9003**, para personas sordas y con dificultades auditivas TDD/TTY: **7-1-1**)
- Número gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para acceder a los Servicios de Salud Conductual (**1-888-887-9003**)
- Instrucciones sobre qué hacer en caso de emergencia

Cómo reemplazar la tarjeta de usted o de su hijo si se pierde

Si pierde la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo, puede imprimirla desde la cuenta de miembro en línea de UHC de su hijo o llamar a Servicios para Miembros de inmediato al **1-888-887-9003** y le enviarán una tarjeta nueva. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

Recuerde llevar con usted su tarjeta de identificación o la de su hijo y presentarla siempre que obtenga servicios. Su proveedor o el proveedor de su hijo necesitará la información que se incluye en la tarjeta para saber qué cobertura tiene.

Visitas al médico

Nota: Se aplican referencias a “usted”, “mi” o “yo” si usted es miembro de CHIP. Se aplican referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro de CHIP.

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?

La tarea del PCP es cuidar de usted o de su hijo. Los exámenes regulares con el PCP son importantes y pueden ayudar a que usted o su hijo estén saludables. Su PCP o el PCP de su hijo realizarán pruebas de salud regulares que pueden hallar problemas. El hecho de detectar y tratar los problemas de forma temprana puede evitar que se agraven en el futuro. El PCP será el médico personal de usted o de su hijo. El PCP cuidará de usted o de su hijo y les dará un referido para obtener los servicios de un especialista cuando sea necesario. Debe hablar con el PCP sobre todas las necesidades de atención de la salud que usted o su hijo tengan.

Si quiere visitar a otro médico, siempre hable primero con su PCP o el PCP de su hijo, ya que le dará un formulario de referido si necesita uno.

La relación con su PCP o el PCP de su hijo es importante. Conózcalo lo antes posible. Es importante que siga los consejos del proveedor.

Una buena forma de entablar una relación con su PCP o el PCP de su hijo es llamar y programar una visita de bienestar para niños o un examen regular. De esta forma, podrá conocerlo. El PCP conocerá el historial médico de usted o de su hijo, los medicamentos que toma y cualquier otro problema de salud.

En casos especiales, su PCP o el PCP de su hijo puede ser un especialista. Usted, el PCP, el especialista y UnitedHealthcare Community Plan tomarán esta decisión. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros.

Recuerde que su PCP o el PCP de su hijo es la primera persona a quien debe llamar si tiene preguntas o problemas de salud.

Visitas al médico

¿Cómo elijo un PCP?

Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda con respecto a cómo elegir un PCP. Todos los miembros de UnitedHealthcare Community Plan deben elegir un PCP. También puede pedir un Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, o puede consultar en línea en [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan).

Si usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan cuando tiene a su bebé, el bebé será inscrito en UnitedHealthcare Community Plan a partir de su fecha de nacimiento. UnitedHealthcare Community Plan obtendrá información del hospital para agregar a su bebé como nuevo miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Sin embargo, es **importante** que **usted** también se comunique con el Programa CHIP de Texas para informar el nacimiento de su bebé, de modo que este pueda obtener toda la atención de la salud que necesite.

Tan pronto como UnitedHealthcare Community Plan sepa que está embarazada, le enviaremos información sobre el embarazo y el bebé en gestación. UnitedHealthcare Community Plan le pedirá que elija un médico para su bebé, incluso antes de que nazca. De ese modo, el médico de su bebé podrá controlar al bebé mientras esté en el hospital y atender sus necesidades de atención de la salud después de que usted y el bebé reciban el alta hospitalaria.

Luego de que el bebé nazca, se le informará a UnitedHealthcare Community Plan sobre dicho nacimiento y la información de su bebé se ingresará en nuestro sistema.

Si no seleccionó un médico para el bebé antes del nacimiento, se comunicarán con usted para que seleccione uno. Después de que el bebé tenga 30 días, también puede cambiar el médico que lo atiende si desea un médico diferente al que eligió originalmente.

¿Qué necesito llevar a la cita con mi médico o el médico de mi hijo?

Cuando reciba servicios de atención de la salud, debe llevar su tarjeta o la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo. Deberá mostrar la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que usted o su hijo necesite recibir servicios. Si usted o su hijo tiene un médico nuevo, lleve los registros importantes que pueda tener, como los registros de vacunación que correspondan.

¿Puede una clínica ser mi PCP o el PCP de mi hijo?

El PCP de usted o de su hijo puede ser un médico, una clínica, un Centro de Salud Rural (Rural Health Center, RHC) o un Centro de Salud con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Cómo puedo cambiar mi PCP o el PCP de mi hijo?

Lo ideal es mantener el mismo PCP. El PCP de usted o de su hijo los conoce, tiene los registros médicos y sabe qué medicamentos toman. Es la persona más indicada para garantizar que usted o su hijo reciban una buena atención médica. Si decide cambiar su PCP o el PCP de su hijo, llame a Servicios para Miembros.

¿Tiene preguntas sobre cómo consultar a un proveedor?

Llame en forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el PCP de mi hijo?

No hay límite para la cantidad de veces que puede cambiar su Proveedor de Atención Primaria o el de su hijo. Puede cambiar de Proveedor de Atención Primaria llamándonos al número gratuito **1-888-887-9003** o enviando un correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de PCP?

El cambio de PCP entrará en vigencia el día posterior a la realización del cambio.

Motivos por los que debería cambiar su PCP o el PCP de su hijo:

- Se mudó y necesita un PCP más cerca de su hogar
- No está conforme con su PCP o el PCP de su hijo

¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de Proveedor de Atención Primaria?

- Solicitó un PCP que no forma parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan
- Solicitó un PCP que no acepta pacientes nuevos porque ya atiende a demasiados pacientes

¿Puede un PCP pedirme que busque otro PCP para mí o mi hijo por incumplimiento?

Sí, si el PCP considera que usted no está siguiendo su consejo médico o si usted o su hijo faltan a muchas citas, el médico puede pedirles que consulten a otro médico. El PCP le enviará una carta para informarle que debe encontrar otro médico. Si esto sucede, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. Lo ayudaremos a encontrar otro médico.

Visitas al médico

¿Qué sucede si voy a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria o el Proveedor de Atención Primaria de mi hijo?

Si acude a otro médico que no sea su PCP o el PCP de su hijo sin un referido de este o sin obtener autorización de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que reciba una factura y que tenga que pagar los servicios.

El PCP es la persona más indicada para garantizar que usted o su hijo reciba una buena atención médica.

¿Cómo recibo atención fuera del horario regular? ¿Qué sucede si el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo están cerrados?

Lo ideal es llamar al PCP tan pronto como usted o su hijo se enfermen. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar al PCP si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad o la enfermedad de su hijo podría empeorar en el transcurso del día. Si usted o su hijo se enferman durante la noche o el fin de semana, llame al PCP al número de teléfono que aparece en el frente de la tarjeta de identificación.

Si no puede comunicarse con su médico o el médico de su hijo, o desea hablar con alguien mientras espera que el médico le devuelva la llamada, llame a la línea NurseLine al 1-800-850-1267. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo. Si cree que tiene una emergencia real, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué sucede si mi médico abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan?

Si su médico o el médico de su hijo abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan mientras lo está tratando por una enfermedad, UnitedHealthcare Community Plan trabajará con el médico para que los siga atendiendo a usted o a su hijo hasta que se le pueda asignar otro médico de la red. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para elegir un nuevo médico que esté cerca.

Planes de incentivos para médicos

UnitedHealthcare Community Plan no puede realizar pagos en virtud de un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para lograr que los proveedores reduzcan o limiten los servicios cubiertos médicamente necesarios para los miembros. Tiene derecho a saber si su Proveedor de Atención Primaria (médico principal) o el de su hijo forma parte de este plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al **1-888-887-9003** para obtener más información al respecto.

¿Cómo programo una cita?

Llame al PCP cuando usted o su hijo necesiten atención médica. El PCP hará los arreglos necesarios para satisfacer sus necesidades de atención o las de su hijo. El nombre y el número de teléfono de su PCP o el PCP de su hijo están en la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

Al programar citas, mientras más enfermo se encuentre su hijo, más pronto necesitará visitar a un médico.

¿Qué debo llevar a mi cita?

Cuando vaya a su cita, lleve siempre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, una lista con los problemas que tenga y una lista de todos los medicamentos con receta o medicamentos a base de hierbas que esté tomando.

¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado?

Lo ideal es llamar al PCP tan pronto como usted o su hijo necesiten recibir atención de la salud. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar al PCP si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad o la enfermedad de su hijo podría empeorar durante el transcurso del día. Si usted o su hijo se enferman durante la noche o el fin de semana y no puede esperar para obtener ayuda, llame al PCP al número de teléfono que se aparece en el frente de la tarjeta de identificación.

Si no puede comunicarse con su médico o el médico de su hijo, o desea hablar con alguien mientras espera que el médico le devuelva la llamada, llame a NurseLine, la línea de ayuda de enfermería de UnitedHealthcare Community Plan, al **1-800-850-1267**, TTY: **711**. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo. Si cree que tiene una emergencia real, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Cambio de planes de salud

¿Qué sucede si deseo cambiar de plan de salud?

Para cambiar de plan de salud, puede llamar a la Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas al **1-800-964-2777**.

Se le permite realizar cambios en el plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de los 90 días de la inscripción en el programa CHIP;
- Por una causa justa en cualquier momento;
- Si se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
- Durante su período anual de reinscripción en el programa CHIP.

¿Con quién debo comunicarme?

Para obtener más información, llame a la Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas al número gratuito **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud por una causa justa en cualquier momento. Puede cambiar de plan de salud por cualquier motivo durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa CHIP y cuando se reinscribe en dicho programa.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud?

Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio tendrá lugar el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes después de ese día. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, su cambio tendrá lugar el 1.º de mayo
- Si llama después del 15 de abril, su cambio tendrá lugar el 1.º de junio

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan pedir que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Sí. UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar que se dé de baja del plan a un miembro por una “causa justa”. Las “causas justas” pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Fraude o abuso por parte de un miembro
- Amenazas o actos físicos que provoquen daños al personal o a los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan
- Robo
- Negarse a cumplir con las políticas y los procedimientos de UnitedHealthcare Community Plan, como los siguientes:
 - Permitir que alguien use su tarjeta de identificación;
 - Faltar a las visitas en reiteradas ocasiones;
 - Ser grosero o actuar en contra de un proveedor o un miembro del personal; o
 - Usar un médico que no sea proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan no le pedirá que abandone el programa sin antes intentar resolver el problema con usted. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas decidirá si se le puede indicar a un miembro que abandone el programa.

Inscripción simultánea para ciertos recién nacidos

Su bebé continuará recibiendo cobertura a través del programa CHIP como CHIP Perinate Newborn si los ingresos de su familia están por encima del 185% del nivel de pobreza federal hasta el 200% de dicho nivel. Su bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su plan de salud, a partir del mes en que se lo inscriba como bebé nonato. Consulte el manual del programa perinatal de CHIP para conocer los servicios específicos que cubre el programa.

Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a la Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas al **1-800-964-2777**.

Beneficios y servicios

Beneficios para miembros de CHIP

Nota: Se aplican referencias a “usted”, “mi” o “yo” si usted es miembro de CHIP. Se aplican referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro de CHIP.

¿Cuáles son los beneficios de CHIP para mí o mi hijo?

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios hospitalarios generales para pacientes agudos y de rehabilitación para pacientes hospitalizados	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de proveedores o médicos provistos en un hospital• Habitación semiprivada y comida (o privada si es médicamente necesario según lo certifique el médico tratante)• Atención de enfermería general• Servicios de enfermero particular especial cuando sea médicamente necesario• Unidad de cuidados intensivos (ICU) y servicios• Comidas y dietas especiales para los pacientes• Salas de operación, recuperación y de otros tratamientos• Anestesia y administración (componente técnico del centro)• Apósitos quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas• Fármacos, medicamentos y productos biológicos• Sangre o productos sanguíneos que no son provistos sin cargo para el paciente y su administración• Radiografías, pruebas por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro)• Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro)• Pruebas de diagnóstico con máquinas (electroencefalogramas, electrocardiogramas, etc.) <p>(continúa en la página siguiente)</p>

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios hospitalarios generales para pacientes agudos y de rehabilitación para pacientes hospitalizados (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de oxígeno y terapia de inhalación • Radioterapia y quimioterapia • Servicios médicos y del centro, dentro o fuera de la red, para una madre y su recién nacido durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones • Servicios de médicos, del hospital y servicios médicos relacionados, como la anestesia, asociados con la atención odontológica • Servicios para pacientes hospitalizados asociados con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes hospitalizados asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Procedimientos de dilatación y legrado; – Medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – Ecografías; y – Exámenes histológicos de muestras de tejido. • Implantes quirúrgicos • Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los servicios para pacientes hospitalizados para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – Prótesis mamaria externa para mamas en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; – Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y – Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos de implantación están cubiertos según los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y no se contabilizan para el límite de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) por período de 12 meses <p>(continúa en la página siguiente)</p>

Beneficios y servicios

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios hospitalarios generales para pacientes agudos y de rehabilitación para pacientes hospitalizados</p> <p>(continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar: <ul style="list-style-type: none"> – El labio leporino o paladar hendido; o – Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o – Asimetría facial grave secundaria de los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito o el crecimiento de tumores o su tratamiento.
<p>Centros de enfermería especializada (incluye hospitales de rehabilitación)</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada y comida • Servicios regulares de enfermería • Servicios de rehabilitación • Suministros médicos y uso de aparatos y equipos suministrados por el centro

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido un centro de salud) y centro de atención de la salud ambulatoria</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios provistos en una clínica de atención hospitalaria o sala de emergencia, una clínica o centro de salud, el departamento de servicios de emergencia de un hospital o un centro de atención de la salud ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías, pruebas por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) • Pruebas de diagnóstico con máquinas • Servicios de centro quirúrgico ambulatorio • Fármacos, medicamentos y productos biológicos • Yesos, férulas, apósitos • Servicios de salud preventiva • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Diálisis renal • Servicios respiratorios <ul style="list-style-type: none"> – Radioterapia y quimioterapia • Sangre o productos sanguíneos que no son provistos sin cargo para el paciente y la administración de estos productos • Servicios para pacientes ambulatorios asociados con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes ambulatorios asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Procedimientos de dilatación y legrado; – Medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – Ecografías; y – Exámenes histológicos de muestras de tejido. • Servicios del centro de salud y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención odontológica, cuando se brindan en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado <p>(continúa en la página siguiente)</p>

Beneficios y servicios

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido un centro de salud) y centro de atención de la salud ambulatoria</p> <p>(continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implantes quirúrgicos • Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los servicios para pacientes ambulatorios provistos en un hospital para pacientes ambulatorios y centro de atención de la salud ambulatoria para una mastectomía y reconstrucción mamaria, según sean clínicamente adecuados, incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – Prótesis mamaria externa para mamas en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; – Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y – Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos de implantación están cubiertos según los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y no se contabilizan para el límite de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) por período de 12 meses • Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar: <ul style="list-style-type: none"> – El labio leporino o paladar hendido; o – Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o – Asimetría facial grave secundaria de los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito o el crecimiento de tumores o su tratamiento.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios profesionales brindados por médicos/ayudantes médicos</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) recomendó exámenes para el bienestar de los niños y servicios de salud preventiva (incluidos, entre otros, las pruebas de la visión y la audición, y las vacunas) • Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios • Análisis de laboratorio, radiografías, pruebas por imágenes y servicios de patología, incluido el componente técnico o la interpretación de un profesional • Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico • Pruebas de alergia, suero e inyecciones • Componente profesional (pacientes ambulatorios y hospitalizados) de servicios quirúrgicos, incluidos: <ul style="list-style-type: none"> – Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada – Administración de anestesia por parte del médico (que no sea el cirujano) o enfermero anestesista registrado (certified registered nurse anesthetist, CRNA) – Opiniones quirúrgicas de otros médicos – Cirugía en el mismo día realizada en un hospital, sin estadía nocturna – Procedimientos de diagnóstico invasivos, como los exámenes endoscópicos • Servicios de médicos en un centro hospitalario (incluidos los componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico) <p>(continúa en la página siguiente)</p>

Beneficios y servicios

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios profesionales brindados por médicos/ ayudantes médicos</p> <p>(continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de médicos y profesionales para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – Prótesis mamaria externa para mamas en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; – Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y – Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Servicios de médicos, dentro y fuera de la red, para una madre y su recién nacido durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones • Servicios de médicos para pacientes hospitalizados asociados con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios de médicos asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Procedimientos de dilatación y legrado; – Medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – Ecografías; y – Exámenes histológicos de muestras de tejido. • Servicios de médicos necesarios médicamente para respaldar la labor de un dentista que brinda servicios odontológicos a un miembro de CHIP, como anestesia general o sedación intravenosa (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios profesionales brindados por médicos/ ayudantes médicos (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar: <ul style="list-style-type: none"> – El labio leporino o paladar hendido; o – Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o – Asimetría facial grave secundaria de los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito o el crecimiento de tumores o su tratamiento.
<p>Servicios y suministros familiares previos al embarazo y de atención prenatal</p>	<p>La cobertura de atención prenatal ilimitada y atención médicamente necesaria relacionada con enfermedades, afecciones o anomalías relacionadas con el sistema reproductor, y las limitaciones y exclusiones en estos servicios se describen en la sección de servicios de médicos y para pacientes hospitalizados y ambulatorios.</p> <p>Los beneficios para la salud de atención primaria y preventiva no incluyen servicios ni suministros de reproducción familiar antes del embarazo, ni medicamentos recetados solo para fines de atención de la salud reproductiva primaria y preventiva.</p>

Beneficios y servicios

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Equipo Médico Duradero (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos desechables	<p>Límite de \$20,000 por período de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos desechables (los suministros y equipos para personas diabéticas no se contabilizan para este tope). Los servicios cubiertos incluyen DME (equipo que puede soportar el uso reiterado y es principal y habitualmente utilizado para un fin médico; por lo general, no es útil para una persona que no tiene una enfermedad, lesión o discapacidad, y es adecuado para su uso en el hogar), incluidos los dispositivos y suministros que son médicamente necesarios y necesarios para una o más actividades de la vida diaria, y adecuados para brindar asistencia en el tratamiento de una afección médica, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Abrazaderas ortopédicas y artículos ortopédicos• Dispositivos odontológicos• Dispositivos protésicos, como ojos artificiales, prótesis de extremidades, abrazaderas y prótesis mamarias externas• Anteojos protésicos y lentes de contacto para el control de enfermedades oftalmológicas graves• Audífonos• Suministros médicos desechables específicos para diagnóstico, incluidos los suplementos dietarios y de fórmula especiales recetados específicos para diagnóstico. (Consulte el Anexo A).

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios de salud comunitarios y en el hogar</p>	<p>Servicios que se brindan en el hogar y la comunidad, incluidos entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infusión en el hogar • Terapia respiratoria • Visitas para servicios de enfermera particular (enfermera registrada [registered nurse, R.N.], enfermera vocacional con licencia [licensed vocational nurse, L.V.N.] • Visitas de enfermería especializada según lo definido para fines de atención de la salud en el hogar (pueden incluir R.N. o L.V.N.) • Enfermeras auxiliares de atención en el hogar como parte de un plan de atención durante un período en el que las visitas de enfermería especializada han sido aprobadas • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Los servicios no pretenden reemplazar al cuidador del NIÑO ni brindar alivio para este • Las visitas de enfermería especializada se ofrecen en nivel intermitente y no pretenden brindar servicios de enfermería especializada las 24 horas • Los servicios no pretenden reemplazar los servicios de los centros de enfermería especializada ni los servicios para pacientes hospitalizados las 24 horas

Beneficios y servicios

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</p>	<p>Servicios de salud mental, incluidos los servicios para las enfermedades mentales graves, brindados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales de atención aguda general y centros administrados por el estado, incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados son por orden judicial de la jurisdicción competente según las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionadas con las obligaciones impuestas judicialmente a los centros psiquiátricos, la orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe ser presentada ante el tribunal con jurisdicción en la cuestión para la determinación. • No requiere el referido de un PCP
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Servicios de salud mental, incluso para enfermedades de salud mental graves, provistos de forma ambulatoria, incluidos entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las visitas pueden ofrecerse en diversos entornos comunitarios (incluidos la escuela y el hogar) o en un centro administrado por el estado • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas • Control de medicamentos • Tratamientos diurnos de rehabilitación • Servicios de tratamiento residencial • Servicios pacientes ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación) • Entrenamiento de destrezas (desarrollo de destrezas psicoeducativas) <p>(continúa en la página siguiente)</p>

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios son por orden judicial de la jurisdicción competente según las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionadas con las obligaciones impuestas judicialmente a los centros psiquiátricos, la orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe ser presentada ante el tribunal con jurisdicción en la cuestión para la determinación. • El Departamento de Servicios de Salud Estatales de Texas (Texas Department of State Health Services, DSHS) define a un Proveedor de salud mental con certificación – Servicios comunitarios (Qualified Mental Health Provider – Community Services, QMHP-CS), en el Título 25 T.A.C., Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1, §412.303(48). Los QMHP-CS son proveedores que trabajan a través de una autoridad de salud mental local contratada por el DSHS o una entidad independiente contratada por el DSHS. Los QMHP-CS son supervisados por un médico o profesional de salud mental autorizado y brindan servicios de acuerdo con las normas del DSHS. Estos servicios incluyen entrenamiento grupal e individual en destrezas (que pueden ser componentes de intervenciones como el tratamiento diurno y los servicios en el hogar), educación para el paciente y la familia, y servicios de crisis. • No requiere el referido de un PCP
<p>Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento residencial y para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias, incluida la desintoxicación y la estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial las 24 horas • No requiere el referido de un PCP

Beneficios y servicios

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de prevención e intervención provistos por un médico y proveedores no médicos, como pruebas de detección, evaluaciones y referidos para trastornos de dependencia a los químicos • Servicios ambulatorios intensivos • Hospitalización parcial • Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios se definen como servicios organizados no residenciales que brindan terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y entrenamiento en destrezas de la vida que consisten en 10 horas, como mínimo, por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día • Los servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios se definen como al menos una a dos horas por semana de terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y entrenamiento de las destrezas de vida • No requiere el referido de un PCP
<p>Servicios de rehabilitación</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de rehabilitación y habilitación (proceso para brindar a un niño los medios para alcanzar los hitos del desarrollo adecuados para la edad a través de terapia o tratamiento) incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla – Evaluación del desarrollo

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
<p>Servicios de atención para enfermos terminales</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados paliativos, incluidos los servicios médicos y de apoyo, para niños a los que les quedan 6 meses de vida o menos, a fin de que los pacientes se sientan cómodos durante las últimas semanas y meses antes de la muerte • Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal • Hasta un máximo de 120 días con una expectativa de vida de 6 meses • Los pacientes que elijan servicios para enfermos terminales pueden cancelar esta elección en cualquier momento • Los servicios se aplican al diagnóstico de enfermos terminales
<p>Servicios de emergencia, incluidos los hospitales de emergencias, los médicos y los servicios de ambulancia</p>	<p>MCO no puede exigir la autorización como una condición para el pago por afecciones de emergencia o trabajo de parto y parto.</p> <p>Estos son algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia basados en la definición de una afección médica de emergencia dada por una persona prudente que no es profesional • Sala de emergencia hospitalaria y servicios auxiliares, y servicios médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, provistos por proveedores dentro y fuera de la red • Exámenes médicos de detección • Servicios de estabilización • Acceso al Nivel 1 designado por el DSHS y los centros de trauma del Nivel II u hospitales que cumplen con niveles equivalentes de atención para los servicios de emergencia • Transporte aéreo, terrestre y acuático de emergencia • Servicios dentales de emergencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático de los dientes, extirpación de quistes y tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías

Beneficios y servicios

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Trasplantes	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según la guía actualizada de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), todos los trasplantes de órganos y tejido humanos no experimentales, y todas las formas de trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante
Beneficios oftalmológicos	<p>El plan de salud puede limitar de manera razonable el costo de marcos y lentes.</p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de los ojos para determinar la necesidad y receta de lentes correctivos por período de 12 meses, sin autorización • Un (1) par de anteojos no protésicos por período de 12 meses
Servicios quiroprácticos	<p>Los servicios no requieren receta médica y están limitados a la subluxación de la columna vertebral.</p>
Programa para dejar de fumar	<p>Se cubre hasta un límite de \$100 por período de 12 meses en un programa aprobado por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan de salud define el programa aprobado por el plan • Puede estar sujeto a los requisitos del formulario
Administración de casos y coordinación de la atención	<p>Estos servicios incluyen información de alcance, administración de casos, coordinación de la atención y referidos recursos comunitarios.</p>

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Beneficios de medicamentos	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluidos medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios entregados por farmacia y administrados por el proveedor; y • Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización.
Servicios de valor agregado	Consulte la sección Beneficios adicionales.

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Puede obtener estos beneficios llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Los servicios cubiertos por el programa CHIP deben cumplir con la definición de CHIP de medicamento necesario. No hay un máximo de por vida en los beneficios; sin embargo, a ciertos servicios se aplican limitaciones de por vida o por un período de 12 meses, según se especifica en el cuadro anterior. Los copagos se aplican hasta que la familia alcance su máximo específico de costo compartido.

¿Cuánto debo pagar por los servicios de salud?

La tabla de la página siguiente muestra los copagos de CHIP según sus ingresos familiares. Usted le paga los copagos al proveedor de atención médica (en el momento de recibir el servicio) cuando le brinda servicios médicos o medicamentos con receta. No hay copagos para la atención preventiva, como las visitas de bienestar de su hijo o bebé, o las vacunas. Los miembros recién nacidos de CHIP, los miembros indígenas americanos y los miembros nativos de Alaska no pagan ningún cargo de inscripción ni copago.

La tarjeta de identificación del plan de salud de su hijo muestra los copagos que se aplican a su familia. Muestre la tarjeta de identificación de su hijo en todas las visitas al consultorio o si necesita servicios de la sala de emergencia o surtir una receta.

Es posible que las familias deban pagar un cargo de inscripción. Estos cargos pueden ir de \$0 a \$50. Este monto solo se paga cuando vuelve a inscribir a sus hijos cada año.

Beneficios y servicios

La Guía para Miembros que recibió cuando se inscribió en el programa CHIP tiene un formulario para desprender que debe usar para realizar un seguimiento de los costos de CHIP de su hijo. Para asegurarse de no exceder los límites de los costos de bolsillo, realice un seguimiento de los gastos relacionados con CHIP en este formulario.

La carta de bienvenida del paquete de inscripción le informa exactamente cuánto debe gastar antes de poder enviar nuevamente el formulario al programa CHIP. Si no puede encontrar su carta de bienvenida, llame al programa CHIP al 1-800-647-6558 y le informarán cuál es su límite.

Cuando alcance sus costos de bolsillo anuales, envíe el formulario al programa CHIP y el personal nos notificará al respecto. Le emitiremos una nueva tarjeta de identificación del miembro. Esta tarjeta nueva mostrará que no se deben pagar copagos cuando su hijo recibe servicios médicos. Es posible que los miembros de CHIP tengan que pagar los servicios no cubiertos.

¿Qué son los copagos?

¿Cuánto cuestan y cuándo tengo que pagarlos?

Los copagos por servicios médicos o medicamentos con receta se pagan al proveedor de atención médica en el momento de recibir el servicio. Usted no tiene que pagar copagos por la atención preventiva, como las visitas de bienestar de su hijo o bebé, o las vacunas. Su tarjeta o la tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo indica los copagos que se aplican a su familia. Presente su tarjeta cuando usted o su hijo haga visitas al consultorio o reciba servicios en la sala de emergencias, o cuando surta una receta. Si su tarjeta muestra un requisito de copago y el miembro es nativo americano o nativo de Alaska, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para que corrijan esto.

La siguiente tabla indica los montos de costos compartidos de CHIP. Se indican de acuerdo con los ingresos familiares. El límite de costo compartido es del 5% del ingreso familiar por cada período de cobertura de 12 meses.

Costo compartido de CHIP	
Cargos de inscripción (para el período de inscripción de 12 meses):	
	Cargo
Igual o por debajo del 151% del FPL * o exento de costos compartidos	\$0
Por encima del 151% hasta el 186% del FPL inclusive	\$35
Por encima del 186% hasta el 201% del FPL inclusive	\$50
Copago (por visita):	
	Cargo
Igual o por debajo del 151% del FPL	
Visita al consultorio (no preventiva) No se aplica ningún copago para visitas al consultorio de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	\$5
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	\$5
Igual o por debajo del 151% del FPL	Cargo
Medicamento genérico	\$0
Medicamento de marca	\$5
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	\$35
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares) **
Por encima del 151% hasta el 186% del FPL inclusive	Cargo
Visita al consultorio (no preventiva) No se aplica ningún copago para visitas al consultorio de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	\$20
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	\$75
Medicamento genérico	\$10

Beneficios y servicios

Copago (por visita):	
Por encima del 151% hasta el 186% del FPL inclusive (continuación)	Cargo
Medicamento de marca	\$35
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	\$75
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares)**
Por encima del 186% hasta el 201% del FPL inclusive	Cargo
Visita al consultorio (no preventiva) No se aplica ningún copago para visitas al consultorio de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	\$25
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	\$75
Medicamento genérico	\$10
Medicamento de marca	\$35
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	\$125
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares)**

*El nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL) se refiere a la guía de ingresos establecida anualmente por el gobierno federal.

** Por período de cobertura de 12 meses.

¿Qué sucede si recibo una factura del médico de mi hijo? ¿Qué información necesitarán? ¿Con quién debo comunicarme?

Si recibe una factura de un médico, hospital u otro proveedor de atención médica, pregunte el motivo por el que se la envían a usted. El médico de su hijo, proveedor de atención médica u hospital no pueden facturarle los servicios cubiertos y aprobados del programa CHIP. Usted no tiene que pagar las facturas que debería pagar UnitedHealthcare Community Plan.

Si recibe una factura, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda.

Asegúrese de tener la factura a mano cuando llame. Deberá informar a Servicios para Miembros quién le envió la factura, la fecha del servicio, el monto y la dirección y el número de teléfono del proveedor.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el médico de su hijo le indique. Su médico o el médico de su hijo le recetará un medicamento para que pueda retirarlo en la farmacia o puede enviar la receta a la farmacia por usted.

Las exclusiones incluyen: medicamentos anticonceptivos recetados solo con el fin de prevenir el embarazo y medicamentos para la pérdida o el aumento de peso.

Es posible que deba pagar un copago por cada receta surtida, según sus ingresos.

¿Qué servicios no están cubiertos?

- Tratamientos de infertilidad para pacientes hospitalizados y ambulatorios o servicios reproductivos a excepción de atención prenatal, trabajo de parto y parto, y la atención relacionada con enfermedades o anomalías del sistema reproductor
- Artículos para la comodidad personal, incluidos, entre otros, los kits de atención personal provistos en la admisión de pacientes hospitalizados, teléfono, televisión, fotografías de recién nacidos, comidas para los huéspedes del paciente y otros artículos que no se requieren para el tratamiento específico de la enfermedad o lesión
- Procedimientos o servicios médicos o quirúrgicos experimentales o investigativos u otros procedimientos o servicios de atención de la salud que generalmente no se emplean ni reconocen dentro de la comunidad médica
- Tratamiento o evaluaciones requeridos por parte de terceros, incluidos, entre otros, aquellos para las escuelas, el empleo, la autorización de vuelos, los campamentos, el seguro o una orden judicial
- Servicios de enfermera particular cuando se brindan a pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos, incluidos entre otros, un corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el confinamiento es solo para fines de pruebas de diagnóstico, a menos que sean autorizados previamente de algún otro modo por el plan de salud
- Pruebas de detección de cáncer de próstata y mamografía
- Cirugía electiva para corregir la visión
- Procedimientos gástricos para la pérdida de peso
- Cirugía o servicios cosméticos solo para fines estéticos
- Dispositivos odontológicos exclusivamente con fines estéticos
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud excepto para atención de emergencia y servicios médicos para una madre y su recién nacido durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos provistos para el control del peso o el tratamiento de la obesidad, excepto los servicios asociados con el tratamiento para la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Vacunas solo para viajes al extranjero
- Cuidado de los pies de rutina, como la atención higiénica

- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, planos o con esguinces, y corte o eliminación de callos y uñas. (Esto no se aplica a la eliminación de las raíces de las uñas ni al tratamiento quirúrgico de afecciones subyacentes a callos o uñas encarnadas.)
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipo médico duradero debido al uso indebido, abuso o pérdida cuando es confirmado por el miembro o proveedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos de tocador
- Dispositivo ortopédico utilizado principalmente para fines atléticos o recreativos
- Atención de custodia. (Cuidados que brindan asistencia a un niño con las actividades de la vida diaria, como asistencia para caminar, subir y bajar de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse e ir al baño, preparación de comidas especiales y supervisión de medicamentos que por lo general se autoadministra o es provista por los padres. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado.) Esta exclusión no se aplica a los servicios de instituciones para enfermos terminales.
- Mantenimiento
- Servicios y atención de instalaciones públicas para las afecciones que las leyes estatales, federales o locales requieren que se brinden en un centro público, o los cuidados provistos mientras se está bajo la custodia de las autoridades legales
- Servicios o suministros recibidos de personal de enfermería, que no requieren de la habilidad y capacitación de dicho personal
- Entrenamiento de la vista y terapia de la visión
- El reembolso para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla en la escuela no están cubiertos salvo en los casos en que sean indicados por un médico o PCP
- Gastos no médicos del donante
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto por este plan de salud

Suministros cubiertos y excluidos de CHIP

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Vendas Ace Bandages		X	Excepción: Si son provistas y facturadas por la clínica o agencia de atención en el hogar se cubren como suministro incidental.
Alcohol rectificado		X	Suministro de venta libre.
Alcohol, hisopos (personas diabéticas)	X		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que se proporcione la receta en el momento del despacho.
Alcohol, hisopos	X		Solo se cubren cuando se reciben con terapia intravenosa o con kits o suministros de vía central.
Epinefrina Ana Kit	X		Un kit de autoinyección utilizado por pacientes muy alérgicos a las picaduras de abejas.
Cabestrillo para brazo	X		Entregado como parte de la visita al consultorio.
Attends (pañales)	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo especificado en el plan de tratamiento.
Vendas		X	
Termómetro basal		X	Suministro de venta libre.
Baterías iniciales	X		Para artículos de DME cubiertos.
Baterías de reemplazo	X		Para DME cubierto cuando el reemplazo es necesario debido al uso normal.
Betadine		X	Consulte Suministros para terapia intravenosa.

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Libros		X	
Bolsas para colostomía			Consulte Suministros para ostomía.
Dispositivos de comunicación		X	
Gel anticonceptivo		X	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Molde craneal		X	
Dispositivos odontológicos	X		Cobertura limitada a los dispositivos odontológicos utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren de una intervención quirúrgica.
Suministros para diabéticos	X		Solución para calibración de monitor, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de lanceta y tiras de glucosa.
Pañales/ropa interior para la incontinencia/Chux	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo especificado en el plan de tratamiento.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix	X		Para el control de la diabetes.
Dieta especial		X	
Agua destilada		X	
Suministros para apósitos/vía central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, hisopos con alcohol, ungüento o hisopos de Betadine, cinta. Muchas veces, estos artículos se despachan en un kit que incluye todos los artículos necesarios para un cambio de apósito.

Beneficios y servicios

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Suministros para apósitos/decúbito	X		Elegibles para la cobertura solo si se recibe atención en el hogar para el cuidado de las heridas.
Suministros para apósitos/terapia intravenosa periférica	X		Elegibles para la cobertura solo si se recibe terapia intravenosa en el hogar.
Suministros para apósitos/otro		X	
Máscara para el polvo		X	
Moldes auriculares	X		A medida, para después de la cirugía del oído medio o interno.
Electrodos	X		Elegibles para la cobertura cuando se utilizan con un DME cubierto.
Suministros para enema		X	Suministro de venta libre.
Suministros para nutrición enteral	X		Los suministros necesarios (por ejemplo, bolsas, sondas, conectores, catéteres, etc.) son elegibles para la cobertura. Los productos para nutrición enteral no están cubiertos a excepción de aquellos recetados para trastornos metabólicos hereditarios, una disfunción o enfermedad de las funciones que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado o hipoabsorción debido a una enfermedad.
Parches para los ojos	X		Cubiertos para pacientes con ambliopía.

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
<p>Leche para bebé (fórmula)</p>		<p>X</p>	<p>Excepción: Elegible para la cobertura solo para los trastornos metabólicos hereditarios crónicos, una disfunción o enfermedad de las funciones que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o la hipoabsorción debido a una enfermedad (que se espera que dure más de 60 días cuando es recetada por el médico y autorizada por el plan).</p> <p>La documentación del médico para justificar la receta de la leche de fórmula debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que deriva en una necesidad médica de una dieta líquida, presencia de una gastrostomía o enfermedad que deriva en la hipoabsorción, que requiere de un producto nutricional médicamente necesario <p>No incluye leche de fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros que podrían ser alimentados con una dieta adecuada para la edad • Utilizada tradicionalmente para la alimentación de los lactantes • En forma de budín (excepto para los clientes con disfunción motora orofaríngea documentada que reciben una cantidad mayor al 50% de su ingesta calórica diaria de este producto) • Para el diagnóstico primario de un desarrollo deficiente, el bajo peso o la falta de crecimiento, o para los lactantes menores de 12 meses a menos que la necesidad médica se documente y se cumpla con otros criterios mencionados anteriormente <p>Los espesantes de alimentos, las comidas para bebés o los productos comestibles regulares que pueden licuarse y utilizarse con un sistema enteral y que no son médicamente necesarios no están cubiertos, independientemente de si estos productos alimenticios regulares se ingieren por vía oral o parenteral.</p>

Beneficios y servicios

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Guantes		X	Excepción: Apósitos de vía central o cuidado de las heridas provisto por una agencia de atención en el hogar.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Artículos para la higiene		X	
Toallas para la incontinencia	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo especificado en el plan de tratamiento.
Suministros de bomba de insulina (externa)	X		Los suministros (p. ej., conjuntos de infusión, depósitos de jeringas y apósitos, etc.) son elegibles para la cobertura si la bomba es un artículo cubierto.
Conjuntos de irrigación, cuidado de las heridas	X		Elegibles para la cobertura si se usan durante la atención en el hogar para el cuidado de las heridas.
Conjuntos de irrigación, urinarios	X		Elegibles para la cobertura en personas con catéter urinario permanente.
Suministros para terapia intravenosa	X		Sondas, filtro, cartuchos, soporte para infusión i.v., hisopos con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro suministro relacionado necesario para la terapia i.v. en el hogar.
K-Y Jelly		X	Suministro de venta libre.
Dispositivo de lanceta	X		Limitado a un dispositivo solamente.
Lancetas	X		Elegibles para personas con diabetes.

47 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan) o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Eyector médico	X		
Agujas y jeringas/ personas diabéticas			Consulte Suministros para personas diabéticas
Agujas y jeringas/ vía intravenosa y central			Consulte Suministros para terapia intravenosa y apósitos/vía central.
Agujas y jeringas/ otro	X		Elegibles para la cobertura si un medicamento subcutáneo o intramuscular cubierto se administra en el hogar.
Solución salina normal			Consulte Solución salina normal.
Novopen	X		
Suministros para ostomía	X		<p>Los artículos elegibles para la cobertura incluyen: cinturón, bolsas, pastilla, placa frontal, inserto, barrera, filtro, junta, enchufe, kit de irrigación/manga, cinta, preparación para la piel, adhesivos, conjuntos de drenaje, removedor de adhesivos y desodorante de bolsas.</p> <p>Los artículos no elegibles para la cobertura incluyen: tijeras, desodorante de ambiente, limpiadores, guantes de goma, gaza, cubiertas para bolsas, jabones y lociones.</p>
Nutrición parenteral/ suministros	X		Los suministros necesarios (p. ej., sondas, filtros, conectores, etc.) son elegibles para la cobertura cuando el plan de salud ha autorizado la nutrición parenteral.

Beneficios y servicios

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Solución salina normal	X		Elegible para la cobertura: a) Cuando se usa para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) Como parte de la atención cubierta en el hogar para el cuidado de heridas; c) Para irrigación de catéter urinario permanente.
Monitor de glucosa estándar para el hogar		X	UHC ofrece un código de cupón para un monitor gratuito en una farmacia de punto de venta. La unidad se limita a la marca del cupón.
Funda de muñón	X		
Protectores de muñón	X		
Catéteres para succión	X		
Jeringas			Consulte Agujas/jeringas.
Cinta			Consulte Suministros para apósitos, Suministros para ostomía y Suministros para terapia intravenosa.
Suministros para traqueotomía	X		Las cánulas, sondas, abrazaderas, soportes, kits de limpieza, etc. son elegibles para la cobertura.
Almohadillas impermeables			Consulte Pañales/ropa interior para la incontinencia/Chux.
Vendas (Unna Boot)	X		Elegibles para la cobertura cuando forman parte del cuidado de las heridas en el hogar. Se aplica un cargo incidental cuando se administran durante la visita al consultorio.

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Tratamiento urinario, catéter externo y suministros		X	Excepción: Están cubiertos cuando son utilizados por una persona de sexo masculino que sufre de incontinencia en los casos en que la lesión uretral impide el uso de un catéter permanente indicado por el PCP y aprobado por el plan.
Tratamiento urinario, catéter permanente y suministros	X		Se cubre el catéter, la bolsa de drenaje con sonda, la bandeja de inserción, el conjunto de irrigación y la solución salina normal, si es necesario.
Cateterismo urinario intermitente	X		Se cubren los suministros necesarios para el cateterismo intermitente o directo.
Kit de análisis de orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesario.
Suministros para urostomía			Consulte Suministros para ostomía.

¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Servicios de valor agregado

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, también puede recibir servicios de valor agregado. Estos servicios únicos se ofrecen, además de los servicios requeridos, para beneficiar su salud y su vida cotidiana. Para conocer las ofertas de servicios de valor agregado integrales y más actualizadas, visite myuhc.com. Estos son algunos de los servicios de valor agregado que ofrece UnitedHealthcare Community Plan:

Ayuda para obtener traslado

Los miembros pueden obtener traslados para ir a citas médicas, terapia y eventos para miembros de UnitedHealthcare.

Términos: Los miembros deben llamar a ModivCare al **1-866-528-0041** al menos dos días antes de la cita para programar el traslado. El defensor de miembros del plan de salud debe determinar que es médicamente necesario. Los miembros menores de 18 años de edad deben estar acompañados por un adulto. Se permite solo un acompañante por menor.

Consejos cuando llame para programar un traslado

- Número de ID del miembro de UnitedHealthcare
- Nombre del proveedor
- Dirección del proveedor
- Número de teléfono del proveedor
- Hora de la cita

Servicios oftalmológicos adicionales para adultos:

Los miembros mayores de 21 años pueden recibir un beneficio anual de hasta \$105 que cubre lo siguiente:

- Una selección mejorada de marcos y lentes

O lentes de contacto en lugar de anteojos.

- Marcos y lentes dañados/extraviados

Términos:

- Deben usarse proveedores que se encuentren dentro de la red
- No puede usarse para el segundo par o par adicional. Para obtener más información sobre sus servicios adicionales de la vista, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

Exámenes para la escuela y deportes:

Los miembros se realizan un examen anual* para deportes, escuela y campamentos.

Términos: Debe usar un proveedor dentro de la red. Un examen por año.* Entre 4 y 19 años de edad. Para obtener asistencia para encontrar un proveedor o programar una cita, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TTY **7-1-1**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Organizador de comprimidos y sistema de control de salud:

Los miembros pueden solicitar un organizador de comprimidos y un sistema de control de salud para ayudar a administrar medicamentos y monitorear la salud.

Términos: Un organizador de píldoras y sistema de control de salud por año.*

Kit de ejercicios:

Los miembros que deseen estar más activos o perder peso pueden solicitar un kit de ejercicios que incluya un podómetro, un paquete de bandas de resistencia y una botella de agua.

Términos: Un kit de ejercicios por año.*

Enchufes de pared repelentes de cucarachas:

Los miembros pueden solicitar un paquete de seis enchufes de pared repelentes para cucarachas.

Términos: Un paquete por año.* Los miembros deben contar con administración activa de casos y tener un diagnóstico de asma o EPOC.

Ropa de cama hipoalergénica:

Los miembros pueden solicitar 1 funda hipoalergénica para colchón y 1 funda de almohada.

Términos: El miembro debe contar con la administración de casos para el asma o EPOC. Una funda para colchón y una funda de almohada por año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

Beneficios y servicios

Programa Healthy First Steps® Babyscripts

El programa Babyscripts es una aplicación móvil para que las miembros embarazadas puedan acceder a contenido educativo gratuito, recursos y recompensas por asistir a sus visitas prenatales y posparto.

Términos: Todas las miembros embarazadas son elegibles. Para inscribirse, visite la tienda Apple App Store® o Google Play™ en su teléfono inteligente. Descargue la aplicación **Babyscripts myJourney**. O llame al **1-800-599-5985**. Es así de simple. Una vez que nazca el bebé, este deberá estar inscrito en un plan de UnitedHealthcare Community Plan para continuar recibiendo las recompensas. Gane hasta 3 recompensas en total. Obtenga una tarjeta de regalo de \$20 solo por inscribirse.

Bolsa resistente al fuego y al agua:

Los miembros pueden solicitar una bolsa resistente al fuego y al agua para almacenar documentos importantes, medicamentos y artículos personales durante un desastre natural.

Términos: Una bolsa por año*.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo?

Obtener estos beneficios adicionales es sencillo; solo tiene que llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

Recursos en línea

FindHelp (anteriormente la tía Bertha):

Acceso a recursos en línea para conectarse con recursos comunitarios gratuitos o de bajo costo. Por ejemplo, bancos de alimentos, refugios, educación, vivienda y servicios de empleo.

Términos: Los miembros podrán acceder a FindHelp a través del personal del plan de salud, los defensores de los miembros o comunicándose con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

Recursos de salud mental en línea:

Live and Work Well es una herramienta en línea que puede usar para obtener apoyo, respuestas y atención de expertos. Encuentre artículos, herramientas de cuidado personal, proveedores de atención y otros recursos relacionados con la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias. Para obtener más información, visite www.liveandworkwell.com.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan puede referirlo a clases de educación sobre la salud, como cursos para padres y clases para ayudarlo a dejar de fumar. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información acerca de las clases y reuniones de educación sobre la salud.

Clases de educación sobre la salud y otros recursos para miembros de CHIP

Intervención para la niñez temprana (ECI)

¿Qué es ECI?

La intervención para la niñez temprana (Early Childhood Intervention, ECI) es un programa que exige el gobierno federal para bebés y niños pequeños menores de tres años (de entre 0 y 36 meses) con retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios de ECI son únicos por los siguientes motivos:

- Los padres y profesionales trabajan juntos como equipo
- Los servicios son convenientes para las familias
- Los niños aprenden nuevas habilidades a través de actividades cotidianas
- Los servicios se coordinan con otros de la comunidad
- Las familias de todos los niveles de ingresos reciben servicios de ECI

¿Necesito un referido para esto?

Cualquier persona puede hacer un referido (padre, madre, familiar, profesional de atención médica, trabajador social, cuidador, amigo o vecino). Para encontrar un proveedor de ECI, visite <https://www.hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services> o comuníquese con su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener ayuda.

Un niño que tenga una afección médica diagnosticada con una alta probabilidad de provocar un retraso en el desarrollo, califica automáticamente para la ECI. Llame a su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener ayuda. A continuación, un profesional de ECI hará una evaluación para determinar si su hijo es elegible y analizará con usted la necesidad de servicios.

Beneficios y servicios

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Cualquiera de los profesionales de ECI tiene experiencia en el trabajo con bebés, niños pequeños y sus familias, especialmente su Coordinador de Servicios o proveedor del programa ECI. Para encontrar un proveedor de ECI, visite <https://www.hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services> o comuníquese con su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener ayuda.

Los especialistas con licencia o acreditados incluyen los siguientes:

- Especialistas en intervención temprana
- Especialistas en audición y visión
- Personal de enfermería
- Terapeutas ocupacionales
- Patólogos
- Fisioterapeutas
- Asesores profesionales
- Nutricionistas matriculados
- Trabajadores sociales
- Patólogos del habla y el lenguaje

¿Los servicios del programa ECI son gratuitos?

Sí. Los servicios son gratuitos para las personas que reúnen los requisitos, hasta los 3 años de edad. Después de los 3 años, los proveedores del programa ECI lo ayudarán a obtener servicios de otros programas si su hijo aún los necesita.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC)

¿Qué es WIC?

WIC es un programa para las mujeres embarazadas, las madres primerizas y los niños menores de 5 años. El programa WIC ayuda a enseñar a las mujeres embarazadas y las madres primerizas cómo alimentarse bien y mantenerse saludables.

¿Cómo solicito el programa WIC?

Llame sin cargo al 1-800-942-3678 o llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Quiénes pueden recibir los servicios del programa WIC?

- Mujeres embarazadas
- Las mujeres que están amamantando un bebé menor de 1 año de edad
- Las mujeres que tuvieron un bebé en los últimos 6 meses
- Los niños menores de 5 años que cumplen con los requisitos de ingreso
- Los padres (incluidos las mujeres y los hombres solteros), los padrastros, los tutores y los padres de acogida de lactantes y niños

¿Los servicios son gratuitos?

Sí. Los servicios son gratuitos para las personas que reúnen los requisitos.

¿Cuáles son los requisitos?

- Cumplir con la guía de ingresos establecida por WIC
- Tener hábitos de alimentación deficientes o anemia por deficiencia de hierro
- Vivir en Texas

¿Qué brinda el programa WIC?

- Educación sobre cómo comer alimentos adecuados para usted
- Alimentos saludables como la leche de fórmula para los bebés, cereales para bebés, cereales para adultos, jugos de frutas y verduras, leche, huevos, queso, frijoles y mantequilla de maní. Las madres que están amamantando también pueden obtener atún y zanahorias
- Ayuda relacionada con el amamantamiento
- Referidos para obtener servicios adicionales, como cupones de alimentos, CHIP y Medicaid
- Vacunas (en algunas clínicas)

Atención de la salud y otros servicios para miembros de CHIP

Nota: Se aplican referencias a “usted”, “mi” o “yo” si usted es miembro de CHIP. Se aplican referencias a “mi hijo” o “mi hija” si su hijo o hija es miembro de CHIP.

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Los servicios cubiertos para los miembros del programa CHIP deben cumplir con la definición de CHIP de “medicamente necesario”.

Servicios clínicamente necesarios significa lo siguiente:

1. **Servicios de atención de la salud** que son:
 - a. Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas u ofrecer pruebas de detección tempranas, intervenciones o tratamientos para las afecciones que producen sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones de las funciones, que amenazan con causar o empeorar una discapacidad, que provocan enfermedad o dolencia de un miembro o ponen en peligro la vida;
 - b. Provistos en centros adecuados y en niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro;
 - c. Consecuentes con la guía y las normas de prácticas de atención de la salud que están aprobadas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por agencias gubernamentales;
 - d. Consecuentes con los diagnósticos del miembro;
 - e. No más molestos ni restrictivos que lo necesario para proporcionar un adecuado equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - f. No experimentales ni de investigación; y
 - g. No principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.
2. **Servicios de salud conductual** que:
 - a. Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de dependencia química o de salud mental, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento que deriva de un trastorno de este tipo;
 - b. Son consistentes con la guía y las normas clínicas profesionalmente aceptadas de práctica en la atención de la salud conductual;

- c. Se proporcionan en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el cual los servicios se pueden brindar de forma segura;
- d. Son del nivel o suministro de servicios más adecuado que pueden ser provistos de forma segura;
- e. No se podrían omitir sin afectar de manera adversa la salud mental o física del miembro, o la calidad de la atención provista;
- f. No son experimentales ni de investigación; y
- g. No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?

Si usted o su hijo necesitan un chequeo físico, entonces la visita es de RUTINA. Su médico debe verlo en un plazo de cuatro semanas. UnitedHealthcare Community Plan estará encantado de ayudarlo a programar una cita; simplemente llámenos al **1-888-887-9003**.

Recuerde lo siguiente: Lo mejor es que consulte a su médico ANTES de enfermarse para que pueda entablar una relación con él. Es mucho más fácil llamar a su médico cuando tiene problemas de salud y este sabe quién es usted.

Usted o su hijo debe consultar a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para recibir atención de rutina y de urgencia. Siempre puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al 1-888-887-9003 si necesita ayuda para elegir un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué es la atención médica de urgencia y cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?

Si usted o su hijo necesitan atención médica por cortes menores, quemaduras, infecciones, náuseas, vómitos o problemas similares, su visita es URGENTE. Llame a su médico. Por lo general, podrá atenderlo en el plazo de un día. Si tiene problemas para concertar una cita por una necesidad médica urgente, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener asistencia.

¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud conductual de emergencia?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se proporciona atención de emergencia para afecciones médicas de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia.

Beneficios y servicios

Una “afección médica de emergencia” es una afección médica caracterizada por síntomas agudos repentinos lo suficientemente graves (incluido dolor intenso), que llevarían a una persona con conocimiento promedio de salud y medicina a esperar que la ausencia de atención médica inmediata pueda dar lugar a lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud del paciente;
- Provocar un deterioro grave de las funciones corporales;
- Provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal;
- Provocar un desfiguramiento grave; o
- En el caso de una embarazada miembro de CHIP, representar un serio peligro para la salud de la miembro o del feto.

“Afección de salud conductual de emergencia” significa cualquier afección, independientemente de su naturaleza o causa, que, en opinión de una persona que posee un conocimiento promedio de salud y medicina:

- Requiere intervención o atención médica inmediata sin la cual el miembro presentaría un peligro inminente para sí mismo o para los demás; o
- Causa que el miembro sea incapaz de controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?

Los “servicios de emergencia” y la “atención de emergencia” incluyen los servicios de atención de la salud que brindan los médicos, proveedores o personal del centro, dentro o fuera de la red, en el departamento de emergencias de un hospital, en un centro médico de emergencias independiente o en otro centro comparable, dentro o fuera de la red, para evaluar y estabilizar afecciones médicas de emergencia o afecciones de salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen los exámenes médicos de detección y otras evaluaciones requeridas por la ley estatal o federal que sean necesarias para determinar si existe una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia.

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo en una emergencia?

El tiempo de espera para servicios de emergencia se basará en sus necesidades médicas y lo determinará el centro de emergencias que le brinde tratamiento.

¿Los servicios de emergencia dental están cubiertos?

UnitedHealthcare Community Plan pagará algunos servicios dentales de emergencia prestados en un hospital, centro de atención de urgencia o centro quirúrgico ambulatorio, tales como:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos de los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías
- Tratamiento de anomalías craneofaciales
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

UnitedHealthcare Community Plan también cubre otros servicios dentales que su hijo reciba en un hospital, centro de atención de urgencia o centro quirúrgico ambulatorio. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia.

¿Qué hago si necesito o mi hijo necesita atención dental de emergencia?

Durante los horarios de atención regulares, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal haya cerrado, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003**.

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen su afección estable después de la atención médica de emergencia.

¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado?

Lo ideal es llamar al PCP tan pronto como usted o su hijo necesite recibir atención de la salud. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar al PCP si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad o la enfermedad de su hijo podría empeorar durante el transcurso del día. Si usted o su hijo se enferman durante la noche o el fin de semana y no pueden esperar para obtener ayuda, llame al PCP al número de teléfono que se aparece en el frente de la tarjeta de identificación.

Si no puede comunicarse con su médico o el médico de su hijo, o desea hablar con alguien mientras espera que el médico le devuelva la llamada, llame a NurseLine, la línea de ayuda de enfermería de UnitedHealthcare Community Plan, al 1-800-850-1267. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo. Si cree que tiene una emergencia real, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Beneficios y servicios

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?

¿Qué sucede si mi hijo se enferma cuando está fuera de la ciudad o de viaje?

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si usted o su hijo necesitan atención médica durante un viaje, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia durante un viaje, vaya a un hospital cercano y luego llámenos al número gratuito **1-888-887-9003**.

¿Qué sucede si estoy, o mi hijo está, fuera del país?

Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por CHIP.

¿Qué sucede si necesito, o mi hijo necesita, ver a un médico especializado (especialista)?

Es posible que el PCP quiera que usted o su hijo consulten a un médico especializado (especialista) para ciertas necesidades de atención de la salud. Si bien el PCP puede ocuparse de la mayoría de las necesidades de atención de la salud de usted o su hijo, a veces les pedirá que consulten a un especialista para recibir atención. Esto se debe a que un especialista ha recibido formación y tiene más experiencia en la atención de determinadas enfermedades, dolencias y lesiones. UnitedHealthcare Community Plan cuenta con muchos especialistas que trabajarán con usted y el PCP para atender sus necesidades o las de su hijo.

¿Qué es un referido?

El PCP hablará con usted sobre sus necesidades o las necesidades de su hijo y lo ayudará a planificar una visita al especialista que pueda brindarle la mejor atención. Esto se denomina remisión. Su médico o el médico de su hijo es el único que puede darle un referido para ver a un especialista. Si usted o su hijo visita o recibe servicios de un especialista sin un referido de su médico, o si el especialista no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, usted podría ser responsable de la factura. En algunos casos, un obstetra o ginecólogo también puede darle un referido para servicios relacionados.

¿Qué servicios no necesitan un referido?

Los siguientes servicios NO requieren un referido:

- Servicios de emergencia
- Atención de obstetricia o ginecología
- Servicios de salud conductual
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios dentales de rutina

Comuníquese con su PCP o el PCP de su hijo, o con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, para determinar si necesita un referido.

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?

En algunas situaciones, el especialista podrá atenderlo o atender a su hijo de inmediato. En función de la necesidad médica, pueden transcurrir algunas semanas después de que programe la cita para ver al especialista.

Autorización previa

En algunos casos, su proveedor debe obtener permiso del plan de salud antes de brindarle un servicio determinado. Esto se conoce como autorización previa. Obtenerla es responsabilidad de su proveedor. Si no obtiene la autorización previa, usted no podrá recibir tales servicios.

No necesita una autorización previa para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se prestan en una sala de emergencias, una unidad de observación, un centro de atención de urgencia o durante una hospitalización. Tampoco necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia ni para consultar a un proveedor de atención médica de la mujer a fin de recibir servicios de salud de la mujer. Lo mismo sucede si está embarazada o si se está realizando los chequeos médicos de Texas Health Steps (miembros menores de 21 años). Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

Beneficios y servicios

Es posible que se necesite una autorización previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

- Admisiones hospitalarias
- Ciertos procedimientos de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios, entre ellos, los procedimientos de tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET)
- Algunos servicios de Equipo Médico Duradero
- Algunos medicamentos con receta
- Cirugía de pérdida de peso
- Servicios de terapia física, del habla y ocupacional
- Cardiología
- Transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Todos los servicios no participantes requieren una autorización previa.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho con el plan de atención ofrecido por el especialista. Su médico de atención primaria debería poder darle un referido para una visita de segunda opinión. Si su médico le indica que consulte a un especialista que no es proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita deberá ser aprobada por UnitedHealthcare Community Plan. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda en cuanto a una segunda opinión.

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo, o mi hijo tiene, problemas de salud conductual (mental) o problemas con el alcohol o las drogas? ¿Necesito un referido para esto?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de atención de la salud conductual y por abuso de sustancias que sean médicamente necesarios. Si usted o su hijo tiene problemas con las drogas o está muy molesto por algún motivo, puede obtener ayuda. Llame al 1-800-495-5660 para obtener ayuda. No necesita un referido para estos servicios.

Habrán personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. Infórmeles si necesita ayuda en otros idiomas. Servicios para Miembros lo comunicará con la línea de idiomas de AT&T y responderá a sus preguntas. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: 7-1-1.

63 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com) o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Si se encuentra ante una situación de crisis y tiene problemas con la línea telefónica, llame al **9-1-1** o acuda a la sala de emergencias más cercana y comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan dentro de las 24 horas.

¿A quién llamo si tengo, o mi hijo tiene, necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me brinde asistencia?

Si usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención de la salud, como una enfermedad grave en curso, una discapacidad o afecciones crónicas o complejas, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda con las necesidades especiales de atención de la salud de usted o su hijo.

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos con receta para mí o mi hijo? ¿Cómo obtengo mis medicamentos o los medicamentos de mi hijo?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el médico de su hijo le indiquen. Su médico o el médico de su hijo les recetará un medicamento para que puedan retirarlo en la farmacia o puede enviar la receta a la farmacia por usted.

Las exclusiones incluyen: medicamentos anticonceptivos recetados solo con el fin de prevenir el embarazo y medicamentos para la pérdida o el aumento de peso.

Es posible que deba pagar un copago por cada receta surtida, según sus ingresos.

Todas las recetas que reciba de su médico pueden surtirse en cualquier farmacia que acepte su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Recuerde que debe llevar siempre su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que vaya al médico o a la farmacia.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener asistencia.

¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red?

Esto puede afectar su capacidad para obtener los medicamentos que necesita. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener asistencia.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan y las recetas.

Beneficios y servicios

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los medicamentos de mi hijo?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener asistencia.

¿Qué sucede si necesito, o mi hijo necesita, un medicamento de venta libre?

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio de CHIP o el beneficio de CHIP de su hijo. Si usted o su hijo necesita un medicamento de venta libre, deberá pagarlo.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos con receta o los de mi hijo?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener asistencia.

¿Qué sucede si no me aprueban el medicamento que mi médico o el médico de mi hijo indicaron?

Si no es posible comunicarse con su médico o el médico de su hijo para que aprueben una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia para tres días del medicamento.

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué sucede si pierdo mi medicamento o el medicamento de mi hijo?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener asistencia.

¿Qué sucede si necesito, o mi hija necesita, píldoras anticonceptivas?

La farmacia no puede darles a usted o a su hija píldoras anticonceptivas para evitar el embarazo. Usted o su hija solo puede recibir píldoras anticonceptivas si son necesarias para tratar una afección médica.

Formulario del CHIP | Programa de medicamentos para proveedores

El Índice del Código de Medicamentos de Texas incluye formularios específicos del programa para Medicaid, el Programa de Seguros de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP), el Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Atención Médica Especiales (Children with Special Health Care Needs, CSHCN), el Programa de Mujeres Saludables de Texas (Healthy Texas Women, HTW) y el Programa de Atención Médica Renal (Kidney Health Care, KHC). La Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health & Human Services Commission, HHSC) requiere que las organizaciones de atención administrada se adhieran a los formularios de Medicaid y CHIP.

Lista de medicamentos preferidos La HHSC organiza la Lista de medicamentos preferidos de Medicaid por clase terapéutica y contiene un subconjunto de muchos, aunque no todos, de los medicamentos que se encuentran en el formulario de Medicaid. Los medicamentos identificados en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) como “preferidos” están disponibles sin autorización previa, a menos que la autorización previa clínica esté asociada con el medicamento. Algunos medicamentos están sujetos tanto a autorizaciones previas de medicamentos no preferidos como a autorizaciones previas clínicas. La HHSC realiza cambios en la PDL dos veces al año, en enero y julio. La HHSC anunciará otros cambios basados en circunstancias excepcionales. Los medicamentos del CHIP no están sujetos a los requisitos de la PDL.

Visite <https://www.txvendordrug.com/formulary> para ver los formularios incluidos.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica? ¿Cómo puedo obtener servicios de atención oftalmológica para mi hijo?

Si necesita servicios de atención oftalmológica para su hijo, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Pueden ayudarlos a encontrar un proveedor cercano a su domicilio.

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?

UnitedHealthcare Community Plan pagará algunos servicios dentales de emergencia prestados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. UnitedHealthcare Community Plan pagará los siguientes servicios:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos de los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios médicos, hospitalarios y servicios médicos relacionados con las afecciones mencionadas anteriormente. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia y otros medicamentos.

El beneficio médico de CHIP proporciona cobertura dental de emergencia limitada para mandíbula dislocada, daño traumático en los dientes y extracción de quistes; tratamiento de absceso bucal de origen dental o de las encías; tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales; y medicamentos.

Beneficios y servicios

El plan dental de CHIP de su hijo proporciona todos los demás servicios dentales, incluidos los servicios que ayudan a prevenir las caries y los servicios que solucionan problemas dentales. Llame al plan dental de CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrece.

¿Puede alguien brindarme servicios de interpretación cuando hablo con mi médico o el médico de mi hijo? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Tiene derecho a hablar con su médico o el médico de su hijo en el idioma que prefiera. UnitedHealthcare Community Plan puede coordinar servicios de interpretación para usted. Llame al **1-888-887-9003** si necesita un traductor. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**. Llame tan pronto como programe la cita para usted o su hijo, o al menos 24 horas antes.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?

Los traductores pueden reunirse con usted en el consultorio de su médico o el médico de su hijo y ayudarlo en persona a hablar con este en el idioma que prefiera. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información.

Planificación familiar

¿Qué sucede si necesito, o mi hija necesita, atención de un obstetra o ginecólogo?

Usted o su hija pueden obtener servicios de obstetricia y ginecología de su médico. También pueden elegir un especialista en obstetricia o ginecología para que se ocupe de las necesidades de salud de la mujer de usted o de su hija. Un obstetra o ginecólogo puede brindar ayuda en relación con la atención del embarazo, los chequeos anuales o problemas de salud de la mujer de usted o de su hija. NO necesita un referido de un médico para estos servicios. El obstetra o ginecólogo y el médico trabajarán juntos para asegurarse de que usted o su hija reciba la atención que necesita.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo?

Atención miembros: Tiene derecho a escoger un obstetra o ginecólogo para usted o su hija sin obtener un referido del Proveedor de Atención Primaria. Un obstetra o ginecólogo puede ofrecerle:

- Un chequeo de bienestar de la mujer por año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención para cualquier afección médica femenina
- Un referido a un especialista dentro de la red

UnitedHealthcare Community Plan les permite a usted o a su hija escoger cualquier obstetra o ginecólogo, ya sea que dicho médico se encuentre en la misma red que el PCP de usted o de su hija.

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o elija uno del directorio de proveedores.

Si no elijo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Sí.

¿Necesitaré un referido para obtener los servicios de un obstetra o ginecólogo?

No.

Planificación familiar

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hija después de contactar a un obstetra o ginecólogo para una cita?

Usted o su hija pueden recibir atención dentro de las dos semanas después de haberse comunicado con su médico para solicitar una visita prenatal.

Si usted o su hija están embarazadas, llame al médico de su hija y a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Puedo conservar o puede mi hija conservar un obstetra o ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?

Si usted o su hija están embarazadas y están en los últimos 3 meses de embarazo, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos necesarios para que continúe el tratamiento con el obstetra o ginecólogo que las ha estado atendiendo. El médico también puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para ver si puede convertirse en uno de nuestros proveedores.

Si usted o su hija no están embarazadas o no están en los últimos 3 meses de embarazo, pueden elegir cualquier obstetra o ginecólogo dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita una lista de proveedores, llame a Servicios para Miembros.

Para obtener ayuda para elegir un obstetra o ginecólogo, puede llamarnos al **1-888-887-9003**.

¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿Qué sucede si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar?

Si cree o sabe que usted o su hija están embarazadas, programe una cita para ver al médico o a un obstetra o ginecólogo. Este podrá confirmar si están embarazadas o no y hablar de la atención que necesitarán usted o su hija y el bebé en gestación. Cuando sepa que está embarazada, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. UnitedHealthcare Community Plan hará la inscripción en el programa Healthy First Steps para asegurarse de que usted o su hija y el bebé en gestación reciban la atención médica que necesitan durante el embarazo.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, informe a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) llamando al **2-1-1** o actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com, y llame al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Para poder recibir los servicios de CHIP en su nueva área, debe llamar primero a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare Community Plan hasta que la HHSC cambie su dirección.

Otros detalles del plan

Derechos y responsabilidades de los miembros de CHIP

Derechos de los miembros

1. Tiene derecho a obtener información precisa y fácil de entender para ayudarlo a tomar decisiones adecuadas sobre el plan de salud de su hijo, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
2. Su plan de salud debe informarle si utiliza una “red limitada de proveedores”. Este es un grupo de médicos y otros proveedores que solo refieren pacientes a otros médicos que están en el mismo grupo. “Red limitada de proveedores” significa que no puede visitar a todos los médicos que están en su plan de salud. Si su plan de salud usa “redes limitadas”, debe consultar para ver si el PCP de su hijo y cualquier especialista que le gustaría visitar forman parte de la misma “red limitada”.
3. Tiene derecho a saber cómo se les paga a los médicos. Algunos reciben un pago fijo independientemente de la frecuencia con que usted los visite. A otros se les paga según los servicios que le brindan a su hijo. Tiene derecho a saber qué incluyen dichos pagos y cómo funcionan.
4. Tiene derecho a saber cómo decide el plan de salud si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Tiene derecho a conocer a las personas del plan de salud que deciden sobre estos aspectos.
5. Tiene derecho a conocer los nombres de los hospitales y otros proveedores de su plan de salud, y sus direcciones.
6. Tiene derecho a escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente amplia de modo que su hijo pueda obtener el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
7. Si un médico considera que su hijo tiene necesidades especiales de atención de la salud o una discapacidad, puede usar un especialista como PCP de su hijo. Consulte su plan de salud al respecto.
8. Los niños que reciben un diagnóstico de necesidades especiales de atención de la salud o una discapacidad tienen derecho a obtener atención especial.

Otros detalles del plan

9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico que atiende a su hijo abandona el plan de salud, su hijo puede continuar siendo atendido por dicho médico durante tres meses, y el plan de salud debe continuar pagando por dichos servicios. Consulte su plan para saber cómo funciona esto.
10. Su hija tiene derecho a visitar a un obstetra o ginecólogo participante sin obtener un referido del Proveedor de Atención Primaria y sin consultar previamente con el plan de salud. Consulte su plan para saber cómo funciona esto. Algunos planes pueden requerir que usted escoja un obstetra o ginecólogo antes de visitar a dicho médico sin un referido.
11. Su hijo tiene derecho a recibir servicios de emergencia si usted cree razonablemente que su vida está en peligro o que podría verse perjudicada gravemente si no recibe tratamiento de inmediato. La cobertura de las emergencias está disponible sin consultar previamente a su plan de salud. Es posible que tenga que pagar un copago según sus ingresos.
12. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las elecciones sobre la atención de la salud de su hijo.
13. Tiene derecho a hablar por su hijo en todas las elecciones de tratamiento.
14. Tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro médico del plan de salud acerca de qué tipo de tratamiento necesita su hijo.
15. Tiene derecho a recibir un trato justo de parte del plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
16. Tiene derecho a hablar con los médicos de su hijo y otros proveedores en privado, y a que se mantenga la privacidad de los registros médicos de su hijo. Tiene derecho a examinar y realizar copias de los registros médicos de su hijo, y a solicitar cambios en dichos registros.
17. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para la resolución de problemas con su plan de salud y los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios para su hijo del plan. Si el plan afirma que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el médico de su hijo considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo fuera del plan de salud le informe si considera que el médico o el plan de salud estaban en lo cierto.
18. Tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de su hijo pueden aconsejarlo sobre el estado de salud de su hijo, la atención médica y el tratamiento. El plan de salud no puede impedir que le brinden esta información, aun si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
19. Tiene derecho a saber que solo es responsable de pagar los copagos permitidos por los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otras personas no pueden exigirle que pague ningún otro monto por los servicios cubiertos.

71 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCommunityPlan.com o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

20. Tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Ser tratado con imparcialidad y respeto.
 - b. Saber que sus registros médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán privadas y confidenciales.
21. Tiene derecho a usar todos los procesos de queja y apelación disponibles a través de la organización de atención administrada y a través de CHIP.
22. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

Responsabilidades de los miembros

Tanto a usted como al plan de salud les interesa ver que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar asumiendo las siguientes responsabilidades.

1. Debe tratar de tener hábitos saludables. Aliente a su hijo a que no fume y a que lleve una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones del médico relacionadas con los tratamientos de su hijo.
3. Debe trabajar junto a los médicos del plan de salud y otros proveedores para escoger los tratamientos para su hijo con los cuales todos hayan estado de acuerdo.
4. Si no está de acuerdo con el plan de salud, primero debe intentar resolverlo usando el proceso de quejas del plan.
5. Debe informarse sobre lo que cubre el plan y lo que no cubre. Lea el Manual para miembros a fin de entender cómo funcionan las reglas.
6. Si concierta una cita para su hijo, debe tratar de llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede acudir a la cita, asegúrese de llamar para cancelarla.
7. Si su hijo participa en el programa CHIP, usted es responsable de pagar los copagos que les deba a su médico y a otros proveedores.
8. Debe informar el uso indebido de los servicios del programa CHIP por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
9. Debe hablar con su proveedor sobre los medicamentos que le receten.
10. Debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y obtener información sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención de la salud y formular preguntas sobre las distintas formas en que se pueden tratar sus problemas al respecto.
 - c. Ayudar a sus proveedores a obtener su historia clínica.
 - d. Seguir los planes y las instrucciones de atención acordados.

Otros detalles del plan

Si cree que ha recibido un trato injusto o que lo han discriminado, llame a la línea gratuita del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services, HHS) al **1-800-368-1019**. En el sitio de Internet www.hhs.gov/ocr también puede ver información relacionada con la Oficina de Derechos Civiles del HHS.

Pérdida de elegibilidad

Si pierde la elegibilidad para Medicaid o CHIP, hay recursos comunitarios locales, clínicas y servicios disponibles donde puede recibir atención a un costo reducido o sin costo alguno, dependiendo de sus ingresos o los de su familia.

Autoridades locales de salud mental

Si experimenta una crisis de salud mental, puede recibir atención en una Autoridad Local de Salud Mental (LMHA). Para encontrar su autoridad local de salud mental o salud conductual, puede escribir, llamar o visitar el sitio web del programa:

Dirección postal:

Texas Health and Human Services Commission
Mail Code W358
P.O. Box 149030
Austin, Texas 78714-9030

Teléfono: 1-855-YES-ADRC (855-937-2372)

Sitio web: resources.hhs.texas.gov/pages/find-services

Centro de Atención Médica con Certificación Federal

Otras opciones incluyen un Centro de Atención Médica con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHCs). Estas instalaciones brindan atención primaria, que incluye atención de salud conductual, clínicas de salud rurales y otros programas o servicios para comunidades desatendidas. Para encontrar una instalación cerca de usted, visite el sitio web, envíe un correo electrónico o llame:

Sitio web: findahealthcenter.hrsa.gov

Email: TexasPCO@dshs.texas.gov

Teléfono: 512-776-7518

Programa de Mujeres Saludables de Texas

El Programa de Mujeres Saludables de Texas (Healthy Texas Women , HTW) El programa proporciona exámenes de planificación familiar, exámenes de salud relacionados y control de la natalidad a mujeres de 18 a 44 años cuyos ingresos familiares están en o por debajo de los límites de ingresos del programa (185 por ciento del nivel federal de pobreza). Debe presentar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa.

HTW Plus es un paquete mejorado disponible para mujeres inscritas en HTW que han estado embarazadas en los últimos 12 meses. Los beneficios de HTW se proporcionan sin costo e incluyen:

- Tratamiento para la depresión posparto y otras afecciones de salud mental
- Servicios de psicoterapia individual, familiar y grupal
- Tratamiento para los trastornos por uso de sustancias, incluido el consumo de drogas, alcohol y tabaco
- Detección, intervención breve y derivación para tratamiento (SBIRT)
- Asesoramiento ambulatorio sobre el uso de sustancias, servicios para dejar de fumar, tratamiento asistido por medicamentos (MAT) y servicios especializados entre pares

Hable con su coordinador de servicios para obtener más información sobre HTW Plus. También puede escribir, llamar o visitar el sitio web del programa:

Dirección postal:

Healthy Texas Women
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902

Teléfono: 1-800-335-8957

Sitio web: texaswomenshealth.org

Servicios para Miembros está listo para ayudarlo con preguntas adicionales, incluidas referencias y recursos.

Quejas y apelaciones

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme?

Deseamos ayudarlo. Si tiene una queja, llámenos de forma gratuita al **1-888-887-9003** para contarnos su problema. Un defensor de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003**. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días.

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas de UnitedHealthcare Community Plan, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, TDI) llamando al número gratuito 1-800-252-3439, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si desea presentar su queja por escrito, escriba a la siguiente dirección:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
P.O. Box 149091
Austin, Texas 78714-9091

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en hhs.texas.gov/managed-care-help.

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?

Sí, un representante del Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003**. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días.

¿Cuánto tiempo tardará procesar mi queja?

La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días. Recibirá una carta con la respuesta dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la queja ante UnitedHealthcare Community Plan.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

No hay un límite de tiempo para presentar una queja en UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta de respuesta en la que se informará qué hicimos con respecto a su queja.

¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de apelaciones de quejas?

Si presenta una queja por usted o su hijo y no obtuvo el resultado que pensó que obtendría, tiene derecho a presentar una apelación. Cuando presente su apelación, recibirá información acerca de que el Panel de apelaciones de quejas está analizando su inquietud. Este panel está compuesto por médicos, otros proveedores y miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué es una revisión especializada?

Una revisión especializada es una revisión en la que un proveedor que se especializa en el tipo de atención que el proveedor de su hijo solicitó analiza el caso de su hijo. El proveedor de su hijo puede solicitarla:

- Como parte de su apelación después de la primera carta que le enviemos para informarle que no pagaremos la totalidad o parte de la atención solicitada. El proveedor de su hijo debe solicitarla dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos su solicitud de apelación.
- Si se rechaza su apelación y no se solicitó una revisión especializada con la apelación. El proveedor de su hijo puede solicitar una revisión especializada dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha de la carta de denegación de la apelación.

Cuando recibamos la solicitud de revisión especializada, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles. En esta carta le informaremos que recibimos la solicitud de revisión especializada. Le enviaremos una carta con la decisión en un plazo de 15 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos la solicitud. Esta carta tendrá nuestra decisión final. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una revisión externa independiente.

¿A qué dirección postal puedo enviar una queja?

Para quejas por escrito, envíe su carta a UnitedHealthcare Community Plan. En la carta debe indicar su nombre, su número de identificación de miembro, su número de teléfono y dirección, y el motivo de su queja. Envíe su carta a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Qué puedo hacer si el médico de mi hijo solicita un servicio para este que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo es denegado, demorado, limitado o interrumpido. Si no está conforme con la decisión, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** y solicitar una apelación. Grabaremos su solicitud verbal. Luego, se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Le enviaremos un formulario para que complete, firme y nos lo devuelva lo antes posible.

¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo es denegado, demorado, limitado o interrumpido.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

UnitedHealthcare Community Plan tiene hasta 30 días calendario para decidir si su solicitud de atención es médicamente necesaria y está cubierta. Le enviaremos una carta relacionada con nuestra decisión dentro de los 30 días. En algunos casos, tiene derecho a que tomemos una decisión en el lapso de un día hábil. Si su proveedor lo solicita, debemos tomar una decisión rápida. Puede obtener una decisión rápida si su salud o sus capacidades funcionales podrían verse perjudicadas gravemente por esperar. Además, tiene derecho a elegir una revisión rápida de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO).

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Puede solicitar una apelación siempre que no esté de acuerdo con una decisión de UnitedHealthcare Community Plan en relación con una decisión de denegar los servicios o la atención para usted o su hijo.

¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?

Su solicitud no tiene que ser por escrito. Si desea enviar una solicitud de apelación por escrito, puede enviarla por correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

No se permiten las represalias

UnitedHealthcare Community Plan no sancionará a un miembro, médico o proveedor por presentar una queja contra UnitedHealthcare Community Plan.

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una apelación?

El personal de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo a presentar una apelación. Puede pedirles que le ayuden cuando llame al **1-888-887-9003**.

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada tiene lugar cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápidamente debido a su afección de salud, y cuando el tiempo requerido para tomar una decisión de una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Puede solicitar este tipo de apelación por escrito o por teléfono. Asegúrese de escribir “Deseo una decisión rápida o una apelación acelerada” o “Considero que la salud de mi hijo podría verse perjudicada al esperar una decisión estándar”.

Para solicitar una decisión rápida por teléfono, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Tengo que presentar mi solicitud de apelación acelerada por escrito?

Podemos grabar su solicitud oral. Se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Si desea enviar por correo una solicitud de apelación por escrito, puede enviarla por correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

UnitedHealthcare Community Plan debe decidir este tipo de apelación en un día hábil a partir de la fecha en que reciba la información y la solicitud.

Otros detalles del plan

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de apelación acelerada?

Si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una apelación acelerada, la apelación se procesará siguiendo el proceso normal de apelaciones y se resolverá dentro de los 30 días. Recibirá una carta en la que se explicarán los motivos y qué otras opciones podría tener.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación o una apelación acelerada?

Si usted o su hijo está hospitalizado, pídale a una persona que lo ayude a enviar por correo este tipo de apelación, o que llame en su nombre para solicitar dicha apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** y pedirle a alguien que lo ayude a iniciar una apelación o pedirles a su médico o al médico de su hijo que lo hagan por usted.

¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)?

Una Organización de Revisión Independiente (IRO) es una organización externa que revisa la denegación de su plan de salud de un servicio que usted y su médico consideran médicamente necesario. Esta organización no está relacionada con su médico ni con su plan de salud. Esta revisión independiente no tiene costo alguno para usted.

Puede solicitar una revisión por parte de una IRO después de completar el proceso de apelación. La IRO es el nivel final de apelación para una determinación adversa.

¿Cómo solicito una IRO?

Si elige una IRO, puede comunicarse con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

Cuando UnitedHealthcare Community Plan recibe su solicitud, la enviamos a la IRO dentro de los 5 días calendario.

Trabajamos con la IRO para brindarle toda la información sobre su caso. La IRO informará a UnitedHealthcare Community y a USTED su decisión. Esta decisión es final y UnitedHealthcare Community Plan trabajará con usted y los proveedores de su hijo para hacer lo que la IRO indique que debe hacerse.

Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar y obtener esta información cada año:

- Información sobre proveedores de la red: como mínimo, información sobre médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (que no sean inglés) de cada proveedor de la red, además de la identificación de proveedores que no aceptan nuevos pacientes y, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, facultad de medicina a la que asistió, fecha de finalización de la residencia y estado de la certificación de la junta médica.
- Restricciones sobre la libertad de elección del miembro entre los proveedores de la red
- Derechos y responsabilidades de los miembros
- Información sobre procedimientos de quejas, apelaciones y audiencias imparciales
- Cantidad, duración y alcance de los beneficios según el contrato con los detalles suficientes como para garantizar que los miembros obtengan información sobre los beneficios a los que tienen derecho
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización
- Cómo pueden obtener beneficios los miembros, incluidos los servicios de planificación familiar, de proveedores fuera de la red o límites a esos beneficios
- De qué manera se brinda la cobertura de servicios de emergencia o fuera del horario de atención y los límites para estos beneficios, incluido lo siguiente:
 - Qué constituyen afecciones médicas de emergencia, servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización;
 - El hecho de que no se requiere autorización previa para los servicios de atención de emergencia;
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluido el uso del sistema de **9-1-1** o su equivalente local;
 - Ubicación de las instalaciones de emergencia y otras ubicaciones donde proveedores y hospitales suministran servicios de emergencia que cuentan con cobertura conforme al contrato;
 - El miembro tiene derecho a usar cualquier hospital u otros entornos para obtener atención de emergencia; y
 - Reglas de los servicios posteriores a la estabilización.

Otros detalles del plan

- Política sobre referidos para la atención de especialistas y para otros beneficios que no son ofrecidos por el PCP del miembro
- Guía sobre las prácticas de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan debe proporcionar información a los miembros sobre cómo evalúa las nuevas tecnologías para su inclusión como un beneficio cubierto. UnitedHealthcare revisa los nuevos procedimientos y dispositivos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Si se determina que son seguros y eficaces, pueden estar cubiertos. Si la nueva tecnología se convierte en un servicio cubierto, seguirá las normas del plan, incluida la necesidad médica. Puede publicar esta información en boletines informativos, folletos para miembros u otros materiales para miembros. Si opta por boletines informativos, UnitedHealthcare Community Plan debe publicar esta información cada año.

Cambios importantes relacionados con los pagos realizados a médicos y proveedores

UnitedHealthcare Community Plan informará a los miembros por escrito si se realizan cambios importantes en relación con el pago a sus médicos y proveedores. Los miembros recibirán información sobre los cambios dentro de los 30 días. El anuncio incluirá información sobre cómo se modificó el pago y cuál será el nuevo pago.

¿Desea denunciar un malgasto, abuso o fraude en el programa CHIP?

Infórmenos si considera que un médico, un dentista, un farmacéutico en una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP no está actuando de forma correcta, ya que esto podría constituir malgasto, abuso o fraude y está prohibido por la ley. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien:

- Está recibiendo un pago por servicios de CHIP que no se prestaron o que no fueron necesarios;
- No está diciendo la verdad sobre una afección médica para obtener tratamiento médico;
- Está dejando que otra persona use una identificación de CHIP;
- Usando la identificación de CHIP de otra persona;
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

Para denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:

- Llame a la línea de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov/> y en la casilla que dice “I want to” (Quiero), haga clic en “Report Waste, Abuse, and Fraud” (Denunciar malgasto, abuso y fraude) para completar el formulario en línea; o
- Puede denunciar directamente a su plan de salud en:
UnitedHealthcare Community Plan
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478
1-888-887-9003

Para denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude, recopile toda la información que pueda

Al informar sobre un proveedor (un médico, dentista, asesor, etc.), incluya lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Nombre y dirección del centro (hospital, residencia para ancianos, agencia de salud en el hogar, etc.)
- El número de CHIP del proveedor y del centro, si los conoce
- Tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombres y números de teléfono de otros testigos que pueden contribuir a la investigación
- Fechas de los eventos
- Un resumen de lo que sucedió

Al informar sobre alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o el número de caso, si lo conoce
- Ciudad donde vive la persona
- Detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude

Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y digno, incluso a no experimentar abusos, negligencia ni explotación

¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?

El **abuso** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o no prevenir dicho daño.

La **negligencia** provoca inanición, deshidratación, sobremedicación o submedicación, condiciones de vida insalubres, etc. La negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La **explotación** es el uso indebido de los recursos de otra persona para obtener un beneficio personal o monetario. Esto incluye apropiarse de cheques del Seguro Social o Ingresos del Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y apropiarse de bienes y otros recursos.

Cómo denunciar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley exige que usted denuncie sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluido el uso no aprobado de restricciones o medidas de aislamiento por parte de un proveedor. Llame al **9-1-1** en caso de situaciones potencialmente mortales o de emergencia.

Denunciar por vía electrónica (que no sea de emergencia)

Visite <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Deberá crear una cuenta y un perfil protegidos con contraseña.

Información útil para hacer una denuncia

Al denunciar abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas.

Glosario de terminología de atención administrada

Apelación: una solicitud para que su Organización de Atención Administrada vuelva a revisar una denegación o una queja formal.

Queja: una queja formal que usted comunica a su aseguradora o plan de salud.

Copago: monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención de la salud cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio cubierto.

Equipo Médico Duradero: equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de Equipo Médico Duradero puede incluir, entre otros, equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para personas con diabetes.

Afección Médica de Emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte Médico de Emergencia: servicios de ambulancia terrestre o aérea para una Afección Médica de Emergencia.

Atención en la Sala de Emergencias: servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de Emergencia: evaluación de una Afección Médica de Emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios Excluidos: servicios de atención de la salud que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Queja Formal: una queja a su aseguradora o plan de salud.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía nocturna.

Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en él.

Medicamento Necesario: servicio o suministro de atención de la salud necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumple con los estándares de medicina aceptados.

Otros detalles del plan

Red: los centros, proveedores y prestadores que su aseguradora o plan de salud contrató para brindar servicios de atención de la salud.

Proveedor No Participante: un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora de salud o plan para obtener servicios de un Proveedor No Participante en lugar de un Proveedor Participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora de salud puede cubrir el costo de las visitas a un Proveedor No Participante.

Proveedor Participante: un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para proporcionarle servicios cubiertos.

Servicios del Médico: servicios de atención de la salud que un médico autorizado (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) proporciona o coordina.

Plan: un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención de la salud.

Autorización Previa: decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, medicamento con receta o Equipo Médico Duradero que usted o su proveedor hayan solicitado es Medicamento Necesario. Esta decisión o aprobación, a veces denominada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no constituye una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de Medicamentos con Receta: seguro de salud o plan que ayuda a pagar los Medicamentos con Receta.

Medicamentos con Receta: medicamentos que requieren una receta en virtud de la ley.

Médico de Cabecera: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de Atención Primaria: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]), miembro del personal de enfermería practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o facilita el acceso de un paciente a una variedad de servicios de atención de la salud.

Proveedor: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]), profesional de atención médica o centro de atención de la salud con licencia, certificado o acreditado, según lo exija la ley estatal.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: servicios de atención de la salud, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.

Atención de Enfermería Especializada: servicios de personal de enfermería con licencia en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

Especialista: un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de Urgencia: atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley, nosotros¹ debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, "HI"). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartirla con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre ella.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información de salud es información sobre su salud o servicios de atención de la salud. Tenemos derecho a cambiar nuestras políticas de privacidad para manejar la información de salud. Si las cambiamos, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una filtración de su información de salud. Recopilamos y conservamos su información de salud para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información de salud puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información de salud a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información de salud.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud para ciertos propósitos.

Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información de salud para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud con sus Proveedores para ayudar con su atención.

87 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o el manejo de enfermedades. Podemos estudiar los datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, desafiliaciones y un resumen de su información de salud a su empleador. Podemos proporcionarle otra información de salud si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información de salud genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para comunicarnos con usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información de salud como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información de salud. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información de salud. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.

Otros detalles del plan

- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de defunción, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información de salud a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información de salud. No se les permite usar la información de salud, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Cumpliremos si se aplican leyes más estrictas.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información de salud según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información de salud, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información de salud. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información de salud sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información de salud.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información de salud durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).

Otros detalles del plan

- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información de salud. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información de salud. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección: UnitedHealthcare Privacy Office MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Período.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días.
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una Queja a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una Queja.

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de seguro médico que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

91 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com) o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Aviso de privacidad de la información financiera

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Protegemos² su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal no es información de salud. Lo identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera personal a partir de sus transacciones con nosotros u otros. Puede ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la información financiera personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

Podemos compartirla para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos compartirla con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartirla para procesar transacciones.
- Podemos compartirla para mantener su cuenta.
- Podemos compartirla para responder a una orden judicial o investigaciones legales.
- Podemos compartirla con compañías que preparan nuestros materiales de comercialización.

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera personal a empleados y proveedores de servicios, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

Otros detalles del plan

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación del Plan de salud o comuníquese con el Centro de Atención de Llamadas de Clientes de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Arizona, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators of Texas, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros Planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de Planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

93 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com) o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.



UnitedHealthcare Community Plan no da un tratamiento diferente a sus miembros en base a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente por razones como su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede enviar una queja a:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Usted tiene que enviar la queja dentro de los 60 días de la fecha cuando se enteró de ella. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para solicitar que la consideremos de nuevo.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame gratis a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono:

Llamada gratuita, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Correo:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda para presentar su queja, por favor llame al número gratuito para miembros anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, tales como cartas en otros idiomas, materiales en letra grande, ayudas y servicios auxiliares, y materiales en formatos alternativos, a su solicitud. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame gratis a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

CSTX21MC4914989_000

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com 94
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Índice

Spanish	Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID.
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp nhiều dịch vụ miễn phí để giúp quý vị liên lạc với chúng tôi. Thí dụ như thư viết bằng những ngôn ngữ khác hoặc in với khổ chữ lớn. Hoặc, quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên giúp quý vị. Để được giúp đỡ, xin quý vị vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên ghi trên thẻ ID hội viên của quý vị.
Chinese	我們提供免費服務幫助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字體信函。或者，您可要求口譯員。如欲要求協助，請撥打會員卡上所列的免付費會員電話。
Korean	저희는 귀하가 의사소통을 할 수 있도록 도와드리기 위해 무료 서비스를 제공합니다. 예를 들면, 다른 언어 또는 대형 활자로 작성된 서신과 같은 것입니다. 또한 귀하는 통역사를 요청할 수 있습니다. 도움이 필요하신 경우, 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.
Arabic	نقدم لك خدمات مجانية لمساعدتك على التواصل معنا، مثل الخطابات باللغات الأخرى، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو يمكنك طلب مترجم فوري. لطلب المساعدة، برجاء الاتصال برقم الهاتف المجاني المُدرج على بطاقة هويتك.
Urdu	ہم سے بات چیت کے لئے ہم مفت میں خدمات دستیاب کراتے ہیں۔ جیسے دوسری زبانوں میں حروف یا بڑے پرنٹ، یا آپ مترجم کی خدمات حاصل کرسکتے ہیں۔ مدد طلب کرنے کے لئے برائے کرم آپ کے آئی ڈی میں درج شدہ ممبر کے ٹال فری نمبر پر کال کریں۔
Tagalog	Nagbibigay kami ng mga libreng serbisyo upang maatungan kang makipag-ugnayan sa amin. Gaya ng mga liham na nakasulat sa iba pang wika o sa malalaking titik. Maari ka rin humiling ng tagasaling-wika. Upang humingi ng tulong, tumawag sa toll-free na numero ng telepono para sa miyembro na nakalista sa iyong ID card.
French	Nous proposons des services gratuits pour vous aider à communiquer avec nous, notamment des lettres dans d'autres langues ou en gros caractères. Vous pouvez aussi demander l'aide d'un interprète. Pour demander de l'aide, veuillez appeler le numéro de téléphone sans frais imprimé sur votre carte d'affilié.

Hindi	हमारे साथ संपर्क करने के लिए हम आपको मुफ्त सेवाएं उपलब्ध करवाते हैं। जैसे कि, दूसरी भाषाओं में पत्र या बड़े प्रिंट। या, आप एक व्याख्याकार के लिए निवेदन कर सकते हैं। मदद मांगने के लिए, कृपया अपने पहचान-पत्र की सूची में दिए गए टोल फ्री सदस्य फोन नंबर पर कॉल करें।
Persian	ما خدمات رایگانی را برای به کمک به شما در برقراری ارتباط با ما ارائه می کنیم. از قبیل نامه ها به سایر زبان ها یا چاپ درشت. یا می توانید برای مترجم شفاهی درخواست کنید. جهت درخواست برای کمک و راهنمایی، لطفاً با شماره تلفن رایگانی که بر روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.
German	Um Ihnen die Kommunikation mit uns zu erleichtern, stellen wir Ihnen kostenlose Dienste zur Verfügung. Hierzu zählen u. a. Schreiben in anderen Sprachen oder Großdruck und die Möglichkeit, einen Dolmetscher anzufordern. Bitte wenden Sie sich für Unterstützung an die gebührenfreie Rufnummer auf Ihrem Mitgliedsausweis.
Gujarati	અમારી સાથે માહિતીનું આદાન પ્રદાન કરવા માટે તમને મદદ કરવા માટે અમે નિ:શુલ્ક સેવાઓ પૂરી પાડીએ છીએ. જેવી કે અન્ય ભાષાઓમાં પત્રો કે મોટું છાપકામ. અથવા તમે એક દુભાષિયાની માંગ કરી શકો છો. મદદ માંગવા માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ ઉપર નોંધવામાં આવેલા સભ્ય ટોલ ફ્રી ફોન નંબરને કોલ કરવા વિનંતી.
Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для того чтобы помочь вам свободно общаться с нами. Например, мы переводим письма на другие языки или предоставляем информацию, напечатанную крупным шрифтом. Либо вы можете подать запрос о предоставлении вам услуг устного переводчика. Для того чтобы обратиться за помощью, вам необходимо позвонить по бесплатному для участников номеру, указанному на вашей идентификационной карте.
Japanese	お客様のコミュニケーションをお手伝いする無料のサービスをご用意しています。これには他の言語や大きな文字での書簡などが含まれ、通訳もご利用いただけます。サービスやお手伝いをご希望の方は、IDカードに記載されているメンバー用フリーダイヤルにお電話ください。
Laotian	ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຕິດຕໍ່ກັບພວກເຮົາເຊັ່ນ, ຈົດໝາຍໃນພາສາອື່ນ ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີນາຍພາສາ. ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະ ສັບຂອງສະມາຊິກໂທພຣີທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**; las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**. También puede visitar nuestro sitio web UHCCommunityPlan.com.

UnitedHealthcare Community Plan
Regional Service Delivery Area Office
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

UHCCommunityPlan.com

1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con dificultades auditivas, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

**United
Healthcare
Community Plan**

97 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

